OSFATLYF
Obra Social de la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO Nº 1 - 1070 - 1

# Autorización Medicamentos
# PEDIDO MEDICAMENTOS ENFERMEDADES CRONICAS

El presente formulario reviste carácter de **Declaraciòn Jurada**. Es **válido por el termino de un (1) año**, desde la fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco, deberá enviar un nuevo formulario).

***Por favor, completar en letra imprenta, mayúscula legible.***

## DATOS IDENTIFICATORIOS

Nombre y Apellido del Afiliado | Número Afiliado

Número DNI / DU | Edad | Delegación de Referencia

Dirección de Correo Electrónico | Teléfono (con código de área)

Domicilio Calle | Número | Piso | Dpto.

Localidad | Cod. Postal | Provincia

## Historia cronológica de las enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS según Res. SSS Nº 331/2004.

*Marcar lo que corresponda y consignar la fecha de diagnóstico de la enfermedad.*

| Tratamiento y/o Enfermedad Crónica | SI | NO | Fecha Diagnóstico | Tratamiento y/o Enfermedad Crónica | SI | NO | Fecha Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anticonceptivos | | | | Hipotiroidismo | | | |
| Arritmias | | | | Infarto Agudo de Miocardio | | | |
| Artritis Reumatoide Juvenil | | | | Insuficiencia Cardíaca | | | |
| Artritis Reumatoidea | | | | Enfermedad Coronaria | | | |
| Asma Bronquial | | | | Insuficiencia Renal Crónica | | | |
| Cardiopatía Isquémica | | | | Lepra | | | |
| Colitis Ulcerosa | | | | Lupus Eritematoso Sistémico | | | |
| Dermatomiositis | | | | Miastenia Gravis | | | |
| Diabetes Insulino Dependiente | | | | Parkinson | | | |
| Diabetes Labil | | | | Polimialgia Reumática | | | |
| Diabetes No Insulino Requirente | | | | Polimiositis | | | |
| Dislipemia | | | | Prevención Primaria de Cardiopatía Isquémica | | | |
| Efisema Pulmonar Obstructivo Crónico (EPOC) | | | | Prevención Secundaria de Cardiopatía | | | |
| Enfermedad de Crohn | | | | Profilaxis en embarazadas RH negativo | | | |
| Epilepsia | | | | Profilaxis para Hepatitis B | | | |
| Esclerosis Sistémica Progresiva | | | | Psicosis Orgánicas | | | |
| Esquizofrenia | | | | Psoriasis | | | |
| Factores de Coagulación Sanguínea | | | | Sida y Enfermedades oportunistas | | | |
| Fibrosis Pulmonar | | | | Sindrome de Sjögren | | | |
| Glaucoma | | | | Terapia Antiagregante | | | |
| Gota | | | | Tratamiento Anticoagulante | | | |
| Hipertensión Arterial Esencial | | | | Tratamiento del Dolor | | | |
| Hipertensión Arterial Secundaria | | | | Tratamiento Oncológico | | | |
| Hipertiroidismo | | | | Tuberculosis | | | |

## Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRONICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. SSS Nro. 331/2004.

| Nombre de la Enfermedad | Fecha Diagnóstico |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |

| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRONICAS DENUNCIADAS<br>Solo deberá prescribir medicamentos del vademecum de la OSFATLyF | | | DOSIS MENSUAL |
|---|---|---|---|
| Nombre Genérico | Forma Farmacéutica | Nombre Comercial sugerido | Dosis y Frecuencia |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

En el caso de ser insuficiente el espacio, por favor complete dos formularios indicando que es continuación del primero.

**¿El Afiliado presenta enfermedad DISCAPACITANTE por alguna de las enfermedades de la Res.331/04?** SI ☐ NO ☐

¿Cuál?

**¿Tiene Certificado de Discapacidad oficial?** SI ☐ NO ☐

*En caso afirmativo, deberá adjuntar una copia del mismo.*

Fecha | Firma y Sello Médico Tratante