FORMULARIO PARA INCORPORACION PROGRAMA DEL SEGURO DE CONTROL Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CORONARIO

Chubut ISSyS

Fecha: ...../...../...

1. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: | Edad.:

N° de afiliado: | Teléfono: | Localidad:

Obra Social:

2. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: | Especialidad:

3. ANTECEDENTES CARDIACOS FAMILIARES

- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Hermano/a
- ☐ Otros

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES (detallar con fecha de diagnóstico)

Diabetes Mellitus		Obesidad Grado (OMS)	
Hipertensión		Dislipemia	
Tabaquismo		Otros	

5.RESUMEN DE HC (referida a la cardiopatía isquémica)

Fecha de detección		Infarto	
Angor		Angioplastia	
Revascularización		Otros	

6.TRATAMIENTO ORAL

DROGA	MARCA COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	TIEMPO PRESCRIPTIVO EN MESES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

7.ESTUDIOS REALIZADOS (detallar y adjuntar fotoc. de los estudios)

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE	FECHA DE INFORME	HALLAZGO
1. ECG		
2. ERGOMETRIA		
3. ECOCARDIOGRAFIA		
4. MEDICINA NUCLEAR		
5. ANGIOGRAFIA		

.....

Firma y sello del Médico Tratante

NOTA: Los datos deben estar completos y con LETRA CLARA LEGIBLE, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras.-