



LUGAR Y FECHA _____

AF N° _____

APELLIDO Y NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____

DOMICILIO _____

TEL. _____ EMAIL _____

LOS SIGUIENTES DATOS DEBERAN SER COMPLETADOS POR EL MEDICO TRATANTE

DIAGNÓSTICO

EPILEPSIA		ANTICOAGULACIÓN	
PARKINSON		TRASTORNO BIPOLAR	
HTA		DIABETES	
ASMA BRONQUIAL		PSICOSIS ORGÁNICA	
INSUFICIENCIA CARDÍACA		DISLIPEMIA	
GLAUCOMA		PREV PRIMARIA DE LA CARDIOPATIA ISQUÉMICA	
ARRITMIA CRÓNICA		HIPO/HIPERTIROIDISMO	
FIBROSIS PULMONAR		GOTA	

PLAN DE TRATAMIENTO : Completar todos los datos con el nombre Generico

DROGA	MG/COMPRIMIDO	COMPRIMIDO/DIA



**OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4**

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires

Tel.: 5278 6100

www.osalara.com.ar

PLANILLA DE CRONICIDAD RES 310/04

LUGAR Y FECHA _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (*)

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOMICILIO PROFESIONAL: _____

INSTITUCIÓN Y SERVICIO: _____

E-MAIL DE CONTACTO: _____

FIRMA Y SELLO