

**PROGRAMA MÉDICO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS**  
**Resolución 310 y Anexas**



**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer N° de Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO** (Marcar con una X a la izquierda de la/s patología/s informada/s)

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arritmia                | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I                    | <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Anticoagulación |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II                   | <input type="checkbox"/> EPOC                                      | <input type="checkbox"/> Parkinson       |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca  | <input type="checkbox"/> Dislipemia                         | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo                           | <input type="checkbox"/> Epilepsia       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Reumáticas | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia                      | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo                            | <input type="checkbox"/> Glaucoma        |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial   | <input type="checkbox"/> Enfermedad Inf. Crónica Intestinal | <input type="checkbox"/> Psicopatología (Diag DSM IV) Código _____ | <input type="checkbox"/> Gota            |
| <input type="checkbox"/> Obesidad                |   |  |  |

Indique con número y letras la cantidad de patologías informadas: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO TRATANTE** (Sólo médicos de cartilla excluyéndose profesionales de instituciones sanatoriales)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula:  MN  MP Número de Matrícula: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ Número de Prestador: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de presentación

**Instrucciones de uso:** Completar todos los datos en letra de imprenta. El formulario debe estar firmado por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación. Utilizar este formulario para indicar más de una patología. Este formulario en blanco puede ser fotocopiado.

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en L.N.Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los afiliados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.