

MF.01 – DECLARACION JURADA DE MEDICAMENTOS TRATAMIENTOS PROLONGADOS. DIABETES. DISCAPACIDAD.

Válido por 6 meses desde fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá presentar nueva DDJJ
Todos los datos son obligatorios y su ausencia o ilegibilidad invalida el trámite de empadronamiento.

DATOS A COMPLETAR POR LOS AFILIADOS			
NOMBRE Y APELLIDO :		EDAD :	AÑOS
Nº DE AFILIADO :		PLAN :	
DOMICILIO :			
DNI :			
LOCALIDAD / PROVINCIA :	LOCALIDAD :	COD. POSTAL :	
TELÉF. DE CONTACTO :	[]		
E-MAIL DE CONTACTO :			

La Superintendencia de Servicios de Salud tiene un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país, consultas o reclamos. Av. Roque Sáenz Peña 530 (C1035AAN) Tel.: (011) 4344-2800 - Línea gratuita: 0800-222-72583 (SALUD) de Lunes a Viernes de 10:00 a 17:00 hs.

Historia cronológica de las enfermedades CRÓNICAS ADQUIRIDAS según Res. 331/2004 SSS							
MARQUE LO QUE CORRESPONDA Y LA FECHA DE DIAGNÓSTICO DE DICHA ENFERMEDAD.							
Tratamiento y/o Enfermedad Crónica	Sí	No	Fecha Diagnóstico	Tratamiento y/o Enfermedad Crónica	Sí	No	Fecha Diagnóstico
ANTICONCEPTIVOS				INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO			
ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL				INSUFICIENCIA CARDIACA			
ARTRITIS REUMATOIDEA				INSUFICIENCIA CORONARIA			
ASMA BRONQUIAL				INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA			
CARDIOPATIA ISQUEMICA				LEPRA			
COLITIS ULCEROSA				LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO			
DERMATOMIOSITIS				MIASTENIA GRAVIS			
DIABETES INSULINO DEPENDIENTE				PARKINSON			
DIABETES LABIL				POLIMIALGIA REUMATICA			
DIABETES NO INSULINO REQUIRENTE				POLIMIOSITIS			
DISLIPEMIA				PREV PRIMARIA DE CARD ISQUEMICA			
ENFERMEDAD DE CROHN				PREV SECUNDARIA DE CARD ISQ.			
EFISEMA PUL. OBS CRÓNICO (EPOC				PROF. DE EMBARAZADA RH- DE USO			
EPILEPSIA				PROFILAXIX PARA HEPATITIS B			
ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA				PSICOSIS ORGÁNICAS			
ESQUIZOFRENIA				PSORIASIS			
FACTORES DE COAGULACION SANGUÍNEA				SIDA Y ENFERMEDADES OPORTUNISTAS			
FIBROSIS PULMONAR				SINDROME DE SJOGREN			
GLAUCOMA				TERAPIA ANTIAGREGANTE			
GOTA				TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE			
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL				TRATAMIENTO DEL DOLOR			
HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA				TRATAMIENTO ONCOLOGICO			
HIPERTIROIDISMO				TUBERCULOSIS			
HIPOTIROIDISMO				VOMITOS IND.POR AGENTES ANTINEOPLÁSICOS			

Historia cronológica de OTRAS enfermedades CRÓNICAS ADQUIRIDAS (NO presentes en Res. 331/2004 SSS - ver dorso)			
Nombre de la enfermedad	FECHA DE DIAGNÓSTICO		
	DÍA	MES	AÑO

DATOS PARA EMPADRONAMIENTO MEDICACION DE DISCAPACIDAD	
¿El AFILIADO presenta enfermedad DISCAPACITANTE p/ alguna de las enfermedades de la Res 331/04?, ¿Cuál?:	
¿TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD OFICIAL ? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIGENCIA HASTA: ____/____/20__ - (Presentar copia del mismo)	
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO:	
APELLIDO Y NOMBRE: _____	DIRECCION: _____
TELEFONO: _____	LOCALIDAD: _____ CP: _____
ESPECIALIDAD: _____	MAT. ESPECIALIDAD: _____

MF.01 – DECLARACION JURADA DE MEDICAMENTOS TRATAMIENTOS PROLONGADOS. DIABETES. DISCAPACIDAD.

*Válido por 6 meses desde fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá presentar nueva DDJJ
Todos los datos son obligatorios y su ausencia o ilegibilidad invalida el trámite de empadronamiento.*

MEDICACION PARA ENF. CRONICAS				
Nombre genérico	Nombre comercial (sugerido)	Forma farmacéutica , Dosis y frecuencia	RESERV AUDIT	
			SI	NO

MEDICACIÓN PARA DIABETES
EN ANEXO MF.01A EMPADRONAMIENTO PACIENTE CON DIABETES (RG SSS 1156/2014)

MEDICACIÓN AUTORIZACIÓN ESPECIAL
A COMPLETAR SOLO POR AUDITORIA MÉDICA

Nombre genérico	Nombre comercial (sugerido)	Forma farmacéutica, dosis y frecuencia	Porcentaje	RESERV AUDIT	
				SI	NO

DURACION DEL TRATAMIENTO: TRANSITORIO PERMANENTE DESDE...../...../..... HASTA/...../.....

MEDICACIÓN PARA DISCAPACIDAD
A COMPLETAR SOLO POR MEDICO TRATANTE

DISCAPACIDAD: Los medicamentos con cobertura al 100% son los relacionados con la enfermedad o patología de base que la origina y las consecuencias o secuelas de la misma. Adjuntar copia del CERTIFICADO OFICIAL DE DISCAPACIDAD

Nombre genérico	Nombre comercial (sugerido)	Forma farmacéutica , Dosis y frecuencia	RESERV AUDIT	
			SI	NO

FIRMA Y ACLARACION AFILIADO

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE

_____/_____/_____
FECHA

FIRMA Y ACLARACION DEL AUDITOR

FIRMA Y ACLARACION ADMINISTRATIVO

