



FEDERACION ARGENTINA DE
TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

FATLYF



OSFATLYF

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA
DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA



FORMULARIO DE MEDICACIÓN DESTINADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS

Válido por el término de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario.
DECLARACION JURADA. Completar con LETRAS DE IMPRENTA.

| DATOS A COMPLETAR POR LOS AFILIADOS | | | |
|-------------------------------------|--------------|-----------|-----------|
| Nombre y Apellido | | | Edad años |
| Nº de Afiliado | [][][][] | | |
| Domicilio | | | |
| Código Postal | Localidad | Provincia | |
| Teléfono 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 cardíaca | | | |
| Artritis reumatoidea | | | | Insuficiencia 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 | | | |
| Enfermedad de Crohn | | | | Prevención secundaria de cardiopatía isquémica | | | |
| Efisema pulmonar obstructivo crónico (EPOC) | | | | Profilaxix de embarazada RH- de uso | | | |
| Epilepcia | | | | Profilaxix para hepatitis B | | | |
| Esclerosis sistémica progresiva | | | | Psicosis orgánicas | | | |
| Esquizofrenia | | | | Psoriasis | | | |
| Factores de coagulación sanguínea | | | | Sida y enfermedades oportunistas | | | |
| Fibrosis pulmonar | | | | Síndrome de Sjogren | | | |
| Glaucoma | | | | Terapia antiagregante | | | |
| Gota | | | | Tratamiento anticoagulante | | | |
| Hipertensión arterial esencial | | | | Tratamiento del dolor | | | |
| Hipertensión arterial secundaria | | | | Tratamiento oncológico | | | |
| Hipertiroidismo | | | | Tuberculosis | | | |
| Hipotiroidismo | | | | Vómitos inducidos 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 |
| | / / |
| | / / |
| | / / |



FEDERACION ARGENTINA DE
TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA



FORMULARIO DE MEDICACIÓN DESTINADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS

Válido por el término de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario.

DECLARACION JURADA. Completar con LETRAS DE IMPRENTA.

| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS DENUNCIADAS | | | |
|--|--------------------|-----------------------------|---------------------|
| Sólo se deberá prescribir medicamentos del vademecum de la Obra Social | | | - DOSIS MENSUALES - |
| Consultar www.osfatlyf.org sección PRESTADORES y SERVICIOS | | | |
| Nombre genérico | Forma farmacéutica | Nombre comercial -sugerido- | Dosis y frecuencia |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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

¿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

Firma y Sello Médico Tratante

Fecha: / / 2014