

Solicitud de tratamiento

Paciente con Patologías Crónicas.

PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Apellido y Nombre:	
Nº de Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

Enfermedades Cardiovasculares y tratamiento de Prevención primaria o secundaria:

Hipertensión Arterial Esencial (I10) Hipertensión Arterial Secundaria (I15) Enfermedad Coronaria (I20.9)

Cardiopatía Isquémica (I25) Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0) Insuficiencia Cardíaca (I50)

Infarto Agudo de Miocardio (I21) Arritmias Cardíacas (I49) Fibrilación y Aleteo Auricular (I48)

Tratamiento Antiagregante (287.X2) Prevención Primaria de la C. Isquémica (272.X)

Prevención Secundaria de la C. Isquémica (E78.X) Dislipemia (E78) Tratamiento Anticoagulante.(287X1)

Enfermedades Respiratoria:

Asthma Bronquial (J45) Fibrosis Pulmonar (J84.1) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (J41-J42 y J44)

Enfermedades Psiquiátricas:

Esquizofrenia (F20) Psicosis Orgánicas(F29) Trastorno Bipolar (F31) Trastorno Depresivo Recurrente (F33)

Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1) Trastorno Obsesivo Compulsivo (F42)

Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:

Artritis Reumatoidea (M05) Lupus Eritematoso Sistémico (M32) Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)

Gota Crónica (M10) Artritis Reumatoidea Juvenil (M08.0) Polimiositis (M33.2) Dermatopolimiositis (M33)

Síndrome de Sjögren (M35.0) Polimialgia Reumática (M35.3) Colitis Ulcerosa (K51) Enfermedad de Crohn (K50)

Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:

Hipertiroidismo (E05) Hipotiroidismo Congénito (E00.9) Bocio Difuso o Endémico (E01.9) Hipotiroidismo (E03)

Tiroiditis (E06) Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)

Síndrome Metabólico (E70) Hiperplasia Prostática (N40)

Enfermedades Ginecológicas:

Endometriosis (N80) Climaterio/Menopausia (N95)

Enfermedades Neurológicas:

Enfermedad de Alzheimer (G30)

Enfermedad de Demencia Senil (F03)

Enfermedad de Parkinson (G20)

Enfermedades Oftalmológicas:

Glaucoma (H40)

Trastornos Papuloescamosos:

Psoriasis (L40)

Resumen de Historia Clínica: _____

Para ser Completado por IPROSS

Delegación: _____	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	
..... Lugar y fecha Firma