

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:

- ☐ Ashma 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)

Trastornos Papuloescamosos:

- ☐ Psoriasis (L40)

Enfermedades Neurológicas:

- ☐ Enfermedad de Parkinson (G20)

Enfermedades Oftalmológicas:

- ☐ Glaucoma (H40)

Resumen de Historia Clínica:

Para ser Completado por IPROSS

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

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)

Trastornos Papuloescamosos:

- ☐ Psoriasis (L40)

Enfermedades Neurológicas:

- ☐ Enfermedad de Parkinson (G20)

Enfermedades Oftalmológicas:

- ☐ Glaucoma (H40)

Resumen de Historia Clínica:

Para ser Completado por IPROSS

Delegación:

Fecha: / /

Firma y sello del personal responsable:

.....
Lugar y fecha

.....
Firma