

Solicitud de tratamiento

Paciente con Patologías Crónicas.

PARA COMPLETAR POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Apellido y Nombre:	
Nº de Afiliado:	Tel.:
E-mail:	
<p>Enfermedades Cardiovasculares y tratamiento de Prevención primaria o secundaria:</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Esencial (I10) <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial Secundaria (I15) <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria (I20.9)</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiopatía Isquémica (I25) <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0) <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca (I50)</p> <p><input type="checkbox"/> Infarto Agudo de Miocardio (I21) <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas (I49) <input type="checkbox"/> Fibrilación y Aleteo Auricular (I48)</p> <p><input type="checkbox"/> Tratamiento Antiagregante (287.X2) <input type="checkbox"/> Prevención Primaria de la C. Isquémica (272.X)</p> <p><input type="checkbox"/> Prevención Secundaria de la C. Isquémica (E78.X) <input type="checkbox"/> Dislipemia (E78) <input type="checkbox"/> Tratamiento Anticoagulante.(287X1)</p> <p>Enfermedades Respiratoria:</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma Bronquial (J45) <input type="checkbox"/> Fibrosis Pulmonar (J84.1) <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (J41-J42 y J44)</p> <p>Enfermedades Psiquiátricas:</p> <p><input type="checkbox"/> Esquizofrenia (F20) <input type="checkbox"/> Psicosis Orgánicas(F29) <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar (F31) <input type="checkbox"/> Trastorno Depresivo Recurrente (F33)</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1) <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo (F42)</p> <p>Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea (M05) <input type="checkbox"/> Lupus Eritematoso Sistémico (M32) <input type="checkbox"/> Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)</p> <p><input type="checkbox"/> Gota Crónica (M10) <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea Juvenil (M08.0) <input type="checkbox"/> Polimiositis (M33.2) <input type="checkbox"/> Dermatopolimiositis (M33)</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren (M35.0) <input type="checkbox"/> Polimialgia Reumática (M35.3) <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa (K51) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn (K50)</p> <p>Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo (E05) <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo Congénito (E00.9) <input type="checkbox"/> Bocio Difuso o Endémico (E01.9) <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo (E03)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiroiditis (E06) <input type="checkbox"/> Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)</p> <p><input type="checkbox"/> Síndrome Metabólico (E70) <input type="checkbox"/> Hiperplasia Prostática (N40)</p> <p>Enfermedades Ginecológicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriosis (N80) <input type="checkbox"/> Climaterio/Menopausia (N95)</p> <p>Enfermedades Neurológicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer (G30)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Demencia Senil (F03)</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson (G20)</p> <p>Enfermedades Oftalmológicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma (H40)</p> <p>Trastornos Papuloescamosos:</p> <p><input type="checkbox"/> Psoriasis (L40)</p>	

Resumen de Historia Clínica: _____

Para ser Completado por Ipross

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