

DATOS FILIATORIOS

Nombre y Apellido: N° de socio:
 Edad: Sexo: F ♀ M ♂ DNI:
 Domicilio: Teléfonos:

DIAGNÓSTICO (ESTE MÓDULO DEBE SER INFORMADO POR EL MÉDICO TRATANTE)

ANTICOAGULACIÓN	COLITIS ULCEROSA	EPILEPSIA	HIPO/ HIPERTIROIDISMO
AR Y OTRAS ARTRITIS	DIABETES MELLITUS	GLAUCOMA	INSUFICIENCIA CARDÍACA
ARRITMIA CRÓNICA	DISLIPEMIA	GOTA	PARKINSON
ASMA BRONQUIAL	ENFERMEDAD CORONARIA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	TRATAMIENTO ANTIPSICÓTICO

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complejidad.

.....

DROGA	PATOLOGÍA	MG/DÍA	COMP/DÍA	OBSERVACIONES

MÉDICO TRATANTE

Domicilio Profesional:
 Instituto y Servicios:
 Teléfonos: Horarios de contacto:

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Aclaración del Paciente	Fecha

COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA Y PRESENTAR EN LA MUTUAL.
 PARA AGILIZAR EL TRÁMITE PUEDE ENVIARLO CON ANTELACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO A: autorizaciones@amffa.com.ar