

FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PARA MEDICACIÓN DE USO CRÓNICO

© 2026

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ Telefono: _____

N° de Credencial: _____ DNI: _____ Sexo: ☐ Masc. / ☐ Fem. Edad: _____

Provincia: _____ Localidad: _____

Diagnóstico: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Enfermedades y factores de riesgo cardiovascular

Hipertensión arterial ☐ Insuficiencia cardíaca ☐ Insuficiencia coronaria ☐ Arritmias ☐

Antiagregación/Anticoagulación ☐ Otra ☐ _____

Enfermedades respiratorias

Asma bronquial ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ☐ Fibrosis pulmonar ☐

Otra ☐ _____

Enfermedades neurológicas

Enfermedad de Parkinson ☐ Epilepsias ☐ Otra ☐ _____

Enfermedades psiquiátricas

Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos ☐ Demencias ☐ Trastorno bipolar ☐

Trastorno por déficit de atención ☐ Otra ☐ _____

Enfermedades inflamatorias crónicas y reumáticas

Gota ☐ Síndrome de Sjögren ☐ Artritis reumatoidea ☐ Colitis ulcerosa ☐

Otra ☐ _____

Enfermedades oftalmológicas

Glaucoma ☐ Otra ☐ _____

Enfermedades endócrinas y metabólicas

Hipertiroidismo ☐ Hipotiroidismo ☐ Dislipemias ☐ Síndrome metabólico ☐ Obesidad ☐

Otra ☐ _____

Enfermedades urológicas

Hiperplasia prostática benigna ☐ Otras ☐ _____

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

(Incluir solo con nombre genérico):

Droga	Dosis / día	Presentación Comp/susp/gotas /etc.	Cantidad mensual requerida en comp/frascos/aerosol	Período de tratamiento (meses)

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____

Matrícula: ☐ Nacional Nro: _____ ☐ Provincial Nro: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Especialidad médica: _____

Institución tratante: _____

Firma: Sello:

Fecha: ____/____/____

