



IOSEP INSTITUTO DE
OBRA SOCIAL DEL
EMPLEADO PROVINCIAL
9 de Julio 359 - Santiago del Estero
Tel.: (0385) 424-2000 / www.iosep.gov.ar / info@iosep.gov.ar

FORMULARIO TERAPÉUTICO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TRATAMIENTOS PROLONGADOS

Fecha

Formulario Terapéutico

N°

DATOS DEL AFILIADO	N° de Afiliado		N° CUIL		Apellido y Nombre					
	Sexo		Peso	Fecha de Nacimiento		Domicilio				
	F	M								
	Localidad				Provincia			Cod. Área	Teléfono	
DATOS DEL MÉDICO	Matrícula		Apellido y Nombre			Firma y sello del Médico	Especialidad			
Monodroga			Nombre Comercial (Opcional)			Dosis Diaria (en mg)	Días de Tratamiento (total)	Días al mes		
HISTORIA CLÍNICA										
Enfermedad actual (patología)										
Antecedentes familiares y de enfermedad actual										
Exámenes complementarios (adjuntar fotocopias de los mismos)										
Diagnóstico (codificar con CIE10)										