



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

Nº

DATOS DEL AFILIADO	Nº de Afiliado		Nº 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)									