



## Formulario de solicitud de medicamentos de Resolución 310

|  |       |                 |
|--|-------|-----------------|
| Apellido y Nombre  |       |                 |
| Nro. de Socio  | Edad  | Tel. Particular |
| Domicilio  | Email | Tel. Móvil      |
| Breve resumen de historia clínica  |       |                 |
| Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s droga/s solicitadas (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas) |       |                 |

| Principio activo | Marca comercial | Unidad Posológica | Comprimidos por día | Contenido de envase prescripto (Nro. de Unidades) |
|------------------|-----------------|-------------------|---------------------|---|
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |
|                  |                 |                   |                     |   |

### Diagnósticos:

- |                              |                          |                                 |                          |                                     |                          |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Hipertensión Arterial (I10)  | <input type="checkbox"/> | Anticoagulación (D68.3)         | <input type="checkbox"/> | Medicación anticonvulsivante ( G40) | <input type="checkbox"/> |
| Gota (M10)                   | <input type="checkbox"/> | Dislipemia (E78)                | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea (M05)          | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Coronaria (I20)   | <input type="checkbox"/> | Hipo/hipertiroidismo (E03)      | <input type="checkbox"/> | Asma o EPOC (J45)                   | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia Cardíaca (I50) | <input type="checkbox"/> | Colitis ulcerosa (K50)          | <input type="checkbox"/> | Glaucoma (H40)                      | <input type="checkbox"/> |
| Arritmia Crónica (I49)       | <input type="checkbox"/> | Enfermedad extrapiramidal (G20) | <input type="checkbox"/> | Modificadores de conducta (F29)     | <input type="checkbox"/> |
| Anticoncepción (Z30)         | <input type="checkbox"/> |                                 |                          |                                     |                          |

### Datos del médico prescriptor

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| Nombre y Apellido |             |
| Especialidad      | Matrícula   |
| Teléfono          | Institución |
| Firma del médico  |             |

Nota: Una vez aprobada esta solicitud por Auditoría Médica, el tiempo de alta de los medicamentos en las farmacias se efectivizará dentro de las 72 horas hábiles para AMBA. Cada 2 años debe procederse a actualizar la habilitación. Para la dispensación de los medicamentos debe presentar en nuestra red de farmacias, la receta correspondiente.

*El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales*



## Habilitación de medicamentos para enfermedades crónicas (Resolución 310/04)

### Procedimiento

1.  
Entregar a su médico el formulario adjunto para que lo complete de puño y letra, y lo firme.
2.  
Depositar el formulario completo, en original, en cualquiera de nuestras sucursales o depositarlo en el buzón (disponible las 24 horas en las sucursales), utilizando el sobre destinado a tal fin.

#### **Nota:**

- *Le recordamos que la autorización de los medicamentos correspondientes tiene una validez de dos años, pasado este lapso Usted deberá presentar nuevamente el formulario para realizar una nueva habilitación.*

*Para cualquier información adicional, podrá consultar la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud: [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar).*