

Hemodiálisis Crónica

Requisitos para la Cobertura:

- Resumen de Historia Clínica tipo 1, completo y en original (ver archivo adjunto)
- Último examen de laboratorio.
- Prescripción médica (original) de la práctica, con indicación expresa de “*cantidad de sesiones mensuales requeridas*”
- Si es la primera vez, presupuesto mensual del lugar en el que realizará el tratamiento, indicando:
 - ✓ Cantidad de sesiones.
 - ✓ Importe por sesión.

Importante: Se autorizará mensualmente la totalidad de las sesiones del período correspondiente. El pedido de autorización debe ser enviado por e-mail a info@osim.com.ar, con una anticipación mínima de 7 días.

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA tipo 1 - Medicamentos

Lugar y Fecha:

Nº de Documento:

Nombre y Apellido:

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL Y DIAGNOSTICO:

.....
.....
.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

.....
.....
.....

TRATAMIENTOS ANTERIORES (FECHA/DROGA/DOSIS/TIEMPO):

.....
.....
.....

TRATAMIENTO ACTUAL(DROGA/DOSIS):

.....
.....
.....

ALTURA: PESO:

SUPERFICIE CORPORAL:

ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE:

.....
.....
.....

.....

Firma y Sello del Médico