



# INSTRUCTIVO PSORIASIS EN PLACA

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

## INICIO

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Estudios complementarios (biopsia de piel, informe de imágenes, laboratorio completo, laboratorio inmunológico).
- Consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

## CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA DOSIS.

- Protocolo Psoriasis en Placa en original, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Actualización de estudios.
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.  
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ...../..... /.....

Nombre completo del paciente o Sigla

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

Firma del Médico  
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o  
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.