

**DECLARACIÓN JURADA DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS**  
**MEDICACIÓN PARA TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS (RES. 310/04)**  
**MEDICACIÓN CON COBERTURA EXCEPCIONAL AL 100 % OTORGADO POR SAMI SALUD**

Fecha:

**DATOS PERSONALES**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
 N° de Afiliado: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**PATOLOGÍAS (Marcar con un X)**

HTA	<input type="checkbox"/>	Arritmias	<input type="checkbox"/>	Enf.	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Psiquiát.	<input type="checkbox"/>	Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	Enf. Parkinson	<input type="checkbox"/>	Gota	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>

**MEDICACIÓN INDICADA**

MONODROGA O ASOC.	CONCENTRACIÓN	MARCA SUGERIDA	DOSIS POR DÍA	AUD.

*Declaro bajo juramento que la información suministrada en el presente formulario de antecedentes y fármacos prescriptos es veraz.*

\_\_\_\_\_  
**AFILIADO**  
 FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI

\_\_\_\_\_  
**MÉDICO**  
 FIRMA Y SELLO

**Estimado Doctor:**

**Ud. puede beneficiar a su paciente indicándole los productos que aparecen más abajo, ya que estos son provistos por SAMI-SALUD en forma gratuita (Descuento del 100 %).**

No obstante queda a su criterio la prescripción de las especialidades comerciales que crea conveniente, ya que los productos que no se encuentran en el listado, siguen gozando del descuento habitual que se seguirá realizando de acuerdo a la Resolución 310/04 de la Superintendencia de Servicios de Salud (70 % del valor ponderado según listado del Colegio Farmacéutico).

DROGA	CONCENTRACIÓN	NOMBRE	LABORATORIO
Amlodipina	5 mg - 10 mg	Pelmec	Casasco
Atenolol	50 mg - 100 mg	Plenacor	Bagó
Atorvastatina	10 mg - 20 mg	Lipifen	Raffo
Atorvastatina + E.Z	10/10 mg - 20/10 mg	Colmibe	Raffo
Carvedilol	6.25 mg - 12.5 mg - 25 mg	Carvedil	Bagó
Ezetimibe	10 mg	Nalecol	Casasco
Glibenclamida	5 mg	Glidanil	Montpellier
Enalapril	5 mg - 10 mg - 20 mg	Glioten	Bagó
Enalapril + H.C.T.	10/25 mg - y 20/12.5 mg	Gliotenzide	Bagó
Losartan	50 mg - 100 mg	Loplac	Casasco
Losartan + H.C.T.	50/12.5 mg - 100/25 mg	Loplac D	Casasco
Metformina	500 mg - 850 mg - 1000 mg	D.B.I.	Montpellier
Sinvastatina	10 mg - 20 mg	Redusterol	Raffo
Sinvastatina + E.Z.	10/10 mg - 20/10 mg	Redusterol Duo	Raffo
Diltiazem	60 mg - 90 mg - 120 mg	Incoril	Bagó
Clopidogrel	75 mg	Nabratin	Raffo
Hidroclorotiazida	25 mg - 50 mg	Diurex	Bagó
Hidroclorotiazida + Amilorida	50/5 mg	Diurex A	Bagó
Levotiroxina	50 - 75 - 88 - 100 - 125 - 137 - 150 mcg	T4	Montpellier
Acenocumarol	4 mg	Azecar 4	Bagó
Salmeterol + Fluticasona	250/50 - 500/50 mcg	Seretide Diskus	Glaxo
Glimepirida	2 mg - 4 mg	Glemaz	Montpellier