



NACIONAL



**RESOLUCION 9494/2006**  
**ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES (APE)**

Salud Pública -- Aprobación del Programa de Control de la Enfermedad de Chagas para la población de beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud -- Objetivos -- Actividades -- Funciones -- Áreas Urbanas y Rurales -- Financiación -- Encuesta.  
Fecha de emisión: 05/07/2006; Publicado en: Boletín Oficial 07/07/2006

VISTO las leyes 23.660 y 23.661, el Decreto N° 53/98 y la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

Que mediante la Resolución N° 201/02 del Ministerio de Salud de la Nación se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia integrado por un Conjunto de Prestaciones Básicas esenciales que los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, deberán garantizar a sus beneficiarios.

Que entre dichas Prestaciones Básicas se incluyen con carácter obligatorio los Programas de Prevención Primaria y Secundaria.

Que el Plan Federal de Salud ha establecido que la promoción de la salud y la prevención de las dolencias constituyen estrategias de acción que suelen tener alto impacto sanitario y beneficios económicos en el mediano y largo plazo.

Que en atención a lo expuesto, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades representan aspectos impostergables de la acción de gobierno para el beneficio presente y futuro de nuestro pueblo.

Que en este sentido, la atención primaria será la prioridad absoluta del Plan Federal de Salud y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos.

Que esta Administración de Programas Especiales, conforme lo establecido en el artículo 2° del Decreto N° 53/98 tiene como objetivo la implementación y la administración de los recursos afectados al apoyo financiero de los agentes de salud y a los planes y programas de salud destinados a los beneficiarios del sistema, conforme lo establecido en la Ley 23.661.

Que el Decreto citado precedentemente confiere a la Máxima Autoridad del Organismo la atribución de elaborar y diseñar normas de otorgamiento de apoyos financieros y programas especiales, determinando los procedimientos e instrumentos administrativos para acceder a los mismos.

Que conforme datos existentes en el país la enfermedad de Chagas, o Tripanosomiasis americana, es una enfermedad parasitaria crónica causada por un protozooario flagelado, el *Trypanosoma cruzi*.

Que en las zonas rurales, esta enfermedad se adquiere normalmente por la llamada vía vectorial, ya que es el insecto vector o vinchuca quien lo transmite.

Que esta transmisión vectorial es responsable del 85% de los casos.

Que en las ciudades, se transmite principalmente por la vía llamada interhumana o no vectorial (transfusión de sangre contaminada) o por la congénita o transplacentaria. Estas dos son responsables del 15% de los casos, teniendo la última un 6% de participación en la

incidencia.

Que según cifras del Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas, la prevalencia en la población oscila entre un mínimo de 1,1% en Río Negro (área no endémica) a un 35,5% en Santiago del Estero (endémica), con una media del 10,13% en todo el país. Por otra parte, los bancos de sangre registran una prevalencia del 4,20% entre los donantes.

Que en embarazadas la infección alcanza el 6,1%, (lo que determinaría el nacimiento de unos 50.000 niños con Chagas congénito al año). En niños de 14 años de áreas rurales es del 1,94%; en menores de 5 años (tomadas 13 provincias) es de 4,25 %, mientras que la incidencia de infección connatal alcanza el 2,57%.

Que los datos mencionados condicionan en especial a los Agentes del Seguro de Salud con poblaciones beneficiarias radicadas en las áreas de mayor tasa de prevalencia y alta incidencia, generando necesidad de recursos adicionales a mediano y largo plazo para hacer frente a las complicaciones crónicas de la enfermedad.

Que adicionalmente, dado el posible carácter invalidante de la enfermedad y la alta incidencia observada en personas jóvenes (incluyendo a los niños), determina que muchos de ellos por el deterioro paulatino y creciente de su salud y calidad de vida, no puedan afrontar las condiciones laborales a las que se encuentran vinculados en las áreas de mayor impacto de enfermedad, con el consecuente deterioro de las economías familiares y con un muy elevado costo social.

Que por otra parte, la frecuente migración interna que observamos en nuestro país, determina que muchos portadores y/o enfermos se encuentren en lugares alejados de las zonas de mayor endemidad.

Que en este marco es oportuno desarrollar un Programa de Control de la Enfermedad de Chagas para los beneficiarios del Seguro de Salud, implementando una política activa y específica en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Que corresponde que aquellos Agentes del Seguro de Salud que desarrollen el Programa de Control de la Enfermedad de Chagas puedan solicitar financiamiento por parte del Fondo Solidario de Redistribución.

Que la Gerencia de Control de Gestión de esta APE dispone los fondos para la financiación del Programa.

Que el área de Asesoría Jurídica han tomado la intervención pertinente.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por los Decretos N° 53/98 y N° 98/06,

Por ello,

**EL GERENTE GENERAL**

**DE LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES**

**RESUELVE:**

Artículo 1° - Apruébase el PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS para la población de beneficiarios de los Agentes del Seguro de Salud, que se detalla en los documentos individualizados como Anexos I a V, que forman parte de la presente.

Art.2° - Los Agentes del Seguro de Salud que desarrollen el PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS podrán solicitar apoyo financiero en los términos y condiciones establecidos en la presente Resolución.

Art.3° - El gasto que demande el presente Programa se imputará con cargo a la Partida específica de esta Administración de Programas Especiales.

Art.4° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, oportunamente archívese.

Juan A. Rinaldi.

**ANEXO I**

**ACUERDO DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA**

## ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA POBLACION DE BENEFICIARIOS DE LOS AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Entre LA ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES, en adelante "APE", representado en este acto por el Dr. JUAN A. RINALDI, en su carácter de GERENTE GENERAL del citado Organismo, con domicilio en la calle Ava. Roque Sáenz Peña 1151 de esta Ciudad, y por la otra el Señor ..... en carácter de presidente de LA OBRA SOCIAL ....., con domicilio en la calle ..... de la Ciudad ....., Provincia de ....., en adelante la "OBRA SOCIAL", y reunidas las partes acuerdan:

PRIMERA: Serán objetivos del PROGRAMA:

- A) La promoción de la salud y la prevención (control) de la enfermedad de Chagas de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud;
- B) La mejora de la calidad de vida de los pacientes;
- C) Una mayor y más temprana accesibilidad a los servicios especializados;
- D) La contención del gasto, tanto por parte de los Agentes del Seguro como de los beneficiarios;
- E) El alcanzar un conocimiento acabado de la situación epidemiológica actual de la masa beneficiaria respecto de la enfermedad de Chagas, así como de su evolución posterior, propiciando vigilancia epidemiológica activa con participación social.
- F) La integración de las actividades y los recursos en el Primer nivel de Atención de los beneficiarios con enfermedad de Chagas, para su mejor control evolutivo y evitar la progresión a la cronicidad en los órganos blancos.

SEGUNDA: El PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS desarrollará las siguientes actividades:

- A) Instalar, promover, promocionar e implementar el Programa utilizando todos los medios adecuados en cada caso;
- B) Identificación de los grupos vulnerables y vehículos de transmisión:
  - Detección de infección chagásica a todos los niños menores de 15 años residentes en áreas bajo vigilancia.
  - Control de la madre chagásica y su hijo hasta el año de vida.
  - Inclusión de screening para Chagas en recién nacido cuya madre proceda o haya estado en contacto con área endémica
- C) Estudio serológico de ratificación a población beneficiaria seropositiva.
- D) Seguimiento Longitudinal de los pacientes bajo programa.

TERCERA: La Administración de Programas Especiales, por medio del presente acuerdo se compromete a:

- A) Instalar, promover e implementar el PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS conforme los términos que se establecen en la presente Resolución.
- B) Aportar a la OBRA SOCIAL la promoción necesaria para desarrollar el Programa, conforme los términos y requisitos establecidos en la presente Resolución (Anexo IV).
- C) Reintegrar los montos establecidos por las prácticas definidas en la presente Resolución.

CUARTA: La OBRA SOCIAL se compromete a:

- A) Adherirse al Programa mencionado en la cláusula primera con el objeto de disminuir la carga de morbimortalidad surgida por esta causa.
- B) Complementar la promoción del Programa entre sus beneficiarios.
- D) Garantizar la gratuidad de la primera consulta y el examen de laboratorio sin que el beneficiario deba abonar ningún coseguro por dichas prestaciones.
- E) Ejecutar el Programa en todos sus pasos.
- F) Recopilar toda la información que se requiera por esta APE y en virtud del presente convenio y al momento de la firma, entregar el logotipo e isotipo de la OBRA SOCIAL en soporte magnético.

QUINTA: La OBRA SOCIAL se obliga por el presente a mantener toda la documentación respaldatoria por un plazo de nueve meses posteriores a la presentación de los respectivos

expedientes en la Mesa de Entradas, Salidas y Archivo de la Administración de Programas Especiales, quien se reserva el derecho de auditar, en cualquier momento, las acciones emprendidas y las prestaciones brindadas dentro del marco del Programa.

SEXTA: Para todos los efectos legales que pudieran derivarse del presente y a todo evento, las partes fijan sus domicilios en los relacionados en el comparendo de éste, donde se tendrán por válidas todas las notificaciones que en consecuencia se cursen y acuerdan someterse a la Jurisdicción de los Tribunales Federales ubicados en Capital Federal con expresa renuncia de cualquier otro fuero que pudiera corresponderles.

En muestra de conformidad se firman ..... ejemplares de idéntico tenor y a un solo efecto, en ..... a los ..... días del mes de ..... de 2006

ANEXO II

**PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS  
NORMAS OPERATIVAS**

1) CONDICIONES DE INGRESO:

a) Ingresarán todos los beneficiarios que presenten serología positiva

1) MECANISMOS DE DETECCIÓN:

1.1.- Por medio del aplicativo provisto (o aceptado) por la Administración de Programas Especiales, la Obra Social emitirá un Voucher de Prestación Personalizada (VPP Anexo V)

1.1.1.- El VPP consta de dos cupones, a saber:

(1) Cupón Laboratorio: se trata de una orden para efectuar análisis de serología.

(2) Cupón Consulta

1.2- AREAS RURALES

1.2.1.- Primera intervención Administrativa

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Instalación y Promoción (Anexo IV)	Comunicadores Sociales	Medios de promoción	No detallado	La accesibilidad al programa	A cargo APE
Encuesta (Anexo III)	Encuestadores	Domicilio	Encuesta	Vulnerabilidad	A cargo O Social

1.2.2.- Primera intervención del Equipo de Salud

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Extracción de muestra para Serología para Chagas	Enfermera/o	Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de extracción</li> <li>• Reactivos de laboratorio para el diagnóstico serológico de Chagas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra adecuada</li> </ul>	Financiamiento APE (área rural ) Hasta \$ 15 por serología
Consulta Médica Inicial y Electrocardiograma	Médico de Primer Nivel/ Cardiólogo/ Infectólogo	Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Balanza con altímetro</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla y peso</li> <li>• Signos vitales</li> <li>• Tensión Arterial</li> <li>• Búsqueda de signos electrocardiográficos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización</li> </ul> </li> <li>• Arritmias</li> </ul>	Hasta \$ 35 por asistencia en domicilio y realización de electrocardiograma en áreas endémicas con población rural.

BCRD: Bloqueo completo de rama derecha. HBA: Hemibloqueo anterior

1.3- AREAS URBANAS

1.3.1.- Primera intervención del Equipo de Salud

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Extracción de muestra para Serología para Chagas	Enfermera/o	Centro Médico/ Hospital/ Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de extracción</li> <li>• Reactivos de laboratorio para el diagnóstico serológico de Chagas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muestra adecuada</li> </ul>	Financiamiento APE (área urbana)
Consulta Médica Inicial y Electrocardiograma	Médico de Primer Nivel/ Cardiólogo/ Infectólogo	Centro Médico/ Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Balanza con altímetro</li> <li>• Termómetro</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talla y peso</li> <li>• Signos vitales</li> <li>• Tensión Arterial</li> <li>• Búsqueda de signos electrocardiográficos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización</li> </ul> </li> <li>• Arritmias</li> </ul>	Hasta \$ 12 por serología

## 1.4.- ÁREAS RURALES Y ÁREAS URBANAS

### 1.4.1.- Segunda Intervención del Equipo de Salud.

#### Pacientes con serología positiva

- Edad: Hasta 14 años inclusive

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Traslado desde su domicilio e Internación para completar diagnóstico e iniciar tratamiento específico	Equipo del programa, Médico Primario, / Cardiólogo o Infectólogo	Hospital público o privado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Móvil de Traslado</li> <li>• Equipo de Rayos X</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> <li>• Ecocardiógrafo</li> <li>• Kit Serológico</li> <li>• Fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de signos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Signos radiológicos</li> <li>○ Signos ecocardiográficos de lesión miocárdica</li> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización o zonas de inactivación</li> <li>○ Arritmias</li> </ul> </li> <li>• Seguimiento serológico</li> <li>• Seguimiento Longitudinal</li> </ul>	Dentro del sistema de atención habitual

- Edad: Desde los 15 años

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Internación para completar diagnóstico e iniciar tratamiento	Equipo del programa, Médico Primario / Cardiólogo o Infectólogo	Hospital público o privado/ Centro de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Rayos X</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> <li>• Ecocardiógrafo</li> <li>• Fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de signos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Signos radiológicos</li> <li>○ Signos ecocardiográficos</li> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización o zonas de inactivación</li> <li>○ Arritmias</li> <li>○ Ergometría patológica</li> <li>○ Evaluación Funcional</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento de secuelas</li> <li>• Seguimiento Longitudinal</li> </ul>	Dentro del sistema de atención habitual

### 1.4.2.- Tercera Intervención del Equipo de Salud (A no más de los 180 días de la segunda intervención)

- Pacientes con riesgo cardiovascular confirmado

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Control para inclusión en Seguimiento longitudinal	Equipo del programa, Médico Primario, / Cardiólogo o Infectólogo	Centro de Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Rayos X</li> <li>• Electrocardiógrafo</li> <li>• Equipamiento para ergometría</li> <li>• Ecocardiógrafo</li> <li>• Fármacos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de signos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Signos radiológicos</li> <li>○ Signos ecocardiográficos</li> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización o zonas de inactivación</li> <li>○ Arritmias</li> <li>○ Ergometría patológica</li> <li>○ Evaluación Funcional</li> </ul> </li> <li>• Tratamiento de secuelas</li> <li>• Seguimiento Longitudinal</li> </ul>	Para área rural \$ 30

1.4.3.- Seguimiento longitudinal

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Consulta cada 180 días (como máximo)	Equipo del programa, Médico Cardiólogo / Bioquímico	Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia Clínica</li> <li>• Estetoscopio</li> <li>• Tensiómetro</li> <li>• Balanza con altímetro</li> <li>• Termómetro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aderencia al tratamiento y evolución de signos clínicos de su enfermedad y concomitantes. Seguimiento serológico</li> </ul>	Para área rural \$ 25 anual, al culminar el primer año de seguimiento longitudinal
Electrocardiograma cada 180 días	Médico Cardiólogo	Domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Electrocardiógrafo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de signos de riesgo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BCRD</li> <li>○ HBA</li> <li>○ BAV</li> <li>○ Enfermedad del Nódulo Sinusal</li> <li>○ Trastornos primarios de repolarización o zonas de inactivación</li> <li>○ Arritmias supraventriculares y fo ventriculares</li> </ul> </li> <li>• Evaluación Funcional</li> </ul>	

Actividad	Recursos			Identifica y/o Determina	Apoyo Financiero
	Humanos	Físicos			
		Espacio	Equipamiento		
Ecodoppler anual en población con cardiopatía crónicas	Médico Cardiólogo	Centro diagnóstico	Ecocardiograma doppler	Signos de riesgo	\$ 150 por año

2.- INGRESO AL PROGRAMA

2.1.- PLANILLA DE SEGUIMIENTO

Los pacientes con serología positiva serán incorporados al programa mediante la Planilla de Seguimiento que será enviada a la APE con una frecuencia no menor a 6 meses en pacientes con riesgo cardiológico confirmado y de un año en el resto.

FECHA	SIGNOS	DESCRIPCIÓN
	Tensión Arterial	
	Radiológicos	
	Ecocardiográficos y Ecocardioppler	
	Electrocardiográficos	
	Serología	
	Ergometría	
	TRATAMIENTO	

3) FINANCIACION:

A) AREA RURAL

3.1.- Serología

3.2.- Consulta y Electrocardiograma en Domicilio

Se utilizará el mecanismo de reintegro.

La presentación se hará por medio de un expediente de hasta 150 casos.

La APE reconocerá el pago de hasta Pesos CINCUENTA (\$ 50). Este pago es por única vez.

3.2.1.- Tercera Intervención del Equipo de Salud en pacientes con riesgo cardiovascular confirmado.

La presentación se hará por medio de un expediente de hasta 150 casos.

La APE reconocerá el pago de hasta Pesos TREINTA (\$ 30). Este pago es por única vez en carácter de subsidio.

3.2.2.- Seguimiento Longitudinal en pacientes que vivan en área rural

La APE reconocerá el pago de hasta Pesos VEINTE Y CINCO (\$ 25). Este pago es anual; en carácter de subsidio y comenzará al culminar el primer año de seguimiento longitudinal.

3.3.- Marcapasos

En caso de requerir la colocación de un marcapaso, la Administración de Programas Especiales lo proveerá, solamente para los pacientes que hayan estado en seguimiento por el programa durante un (1) año.

Los Agentes del Seguro de Salud presentarán un expediente individual, solicitando el

marcapasos el que deberá contener, además de la documentación establecida en la Resolución N° 500/04 - APE, (requisitos formales de presentación) lo siguiente:

- (1) Resumen de HC;
- (2) Indicación médica
- (3) Informe de auditoría médica avalando la solicitud.

No se reconocerá la provisión del marcapasos en aquellos beneficiarios de los que el Agente de Salud no haya dado continuidad en la información de seguimiento.

#### 3.4.- Ecodoppler.

Se utilizará el mecanismo de reintegro.

La APE reconocerá el pago de hasta Pesos CIENTO CINCUENTA (\$ 150). Este pago es anual y por todos los estudios realizados.

#### B) AREAS URBANAS

##### 3.1.- Serología

Se utilizará el mecanismo de reintegro.

La presentación se hará por medio de un expediente de hasta 150 casos.

La APE reconocerá el pago de hasta Pesos DOCE (\$ 12). Este pago es por única vez.

#### 4.- INFORMACION ESTADISTICA Y EPIDEMIOLOGICA

A partir de los datos consignados por los Agentes de Salud en las Planillas de Seguimiento, el Area de Informática desarrollará una base de datos que se utilizará para:

##### 4.1.- Cálculo de los pagos para:

¡ Serología y consulta domiciliaria inicial de los pacientes de las áreas rurales

¡ Serología de los pacientes en áreas urbanas

Apoyo informático a la Gerencia de Prestaciones para el análisis y emisión de informes y elaboración de las curvas actuariales correspondientes.

#### ANEXO III

##### ENCUESTA TIPO

A realizar en el domicilio del beneficiario

(Responder por Sí o por No)

SI NO

¿Le hicieron alguna vez análisis (serología) para diagnosticar Chagas?

Si respondió Sí: El resultado ¿fue positivo?

¿Sabe si algún miembro de su familia tuvo un ojo inflamado, agrandamiento de los ganglios, escalofríos, dolor de cabeza y muscular o fiebre prolongada que curó sin tratamiento?

¿Sabe si hay enfermos de Chagas en su familia?

¿Encontró alguna vez vinchucas en su vivienda?

¿Encontró alguna vez vinchucas fuera de su vivienda cerca de su casa?

¿Algún vecino encontró vinchucas en su vivienda?

#### ANEXO IV

##### NORMAS OPERATIVAS PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA EN SUS ASPECTOS DE INSTALACION Y PROMOCION

1) El objetivo de la instalación y promoción del presente Programa es generar la inclusión de los beneficiarios, el compromiso y la participación de todas las Obras Sociales, los profesionales médicos y las instituciones prestadoras en el Programa de Control de la Enfermedad de Chagas.

2) La APE utilizará todas las formas efectivas posibles para llevar a cabo la instalación, promoción e implementación del programa.

#### ANEXO V

##### VOUCHER PRESTACIONAL PERSONALIZADO

##### PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

El Voucher Prestacional Personalizado Chagas (VPP) será emitido por el aplicativo por duplicado.

Estará dividido en dos cupones troquelados y contendrá los siguientes datos:

1. En los dos cupones:

1.1. El isologo de la APE y membrete del Agente del Seguro.

- 1.2. La frase "PROGRAMA DE CONTROL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS" en lugar destacado
- 1.3. El Número de Voucher.
2. Cupón 1 Consulta y Electrocardiograma
  - 2.1. La palabra CONSULTA y ELECTROCARDIOGRAMA preimpresa y destacada
  - 2.2. Nombre y RENOS de la OBRA SOCIAL
  - 2.3. Datos del Beneficiario
    - 2.3.1. Apellido y Nombre
    - 2.3.2. DNI
    - 2.3.3. CUIT / CUIL
    - 2.3.4. Fecha de nacimiento, sexo y peso
    - 2.3.5. N° de afiliado/ beneficiario
    - 2.3.6. Domicilio y teléfono
  - 2.4. Fecha de emisión
  - 2.5. Espacios para
    - 2.5.1. Fecha de consulta
    - 2.5.2. Resultados del examen clínico y del electrocardiograma
    - 2.5.3. Conducta a seguir: casilleros para marcar con X
      - 2.5.3.1. SE INCORPORA AL PROGRAMA
      - 2.5.3.2. NO REQUIERE SER INCORPORADO AL PROGRAMA
    - 2.5.4. Firma, aclaración y matrícula profesional del profesional actuante.
3. Cupón 2 Laboratorio
  - 3.1. Las palabras Serología para Chagas preimpresas y destacadas
  - 3.2. Nombre y RENOS de la OBRA SOCIAL
  - 3.3. Datos del Beneficiario
    - 3.3.1. Apellido y nombre del beneficiario
    - 3.3.2. DNI
    - 3.3.3. CUIT / CUIL
    - 3.3.4. Fecha de nacimiento y sexo
    - 3.3.5. N° de afiliado
    - 3.3.6. Domicilio y teléfono
  - 3.4. Fecha de emisión
  - 3.5. Espacio para
    - 3.5.1. Firma y aclaración, con matrícula profesional, del profesional bioquímico responsable de los análisis. Sello del profesional y/o Laboratorio.
    - 3.5.2. Fecha de realización de los análisis.

