

INFORME PARA MEDICACIÓN DE USO CRÓNICO

Esta ficha está destinada solo para pacientes bajo tratamiento crónico. No se deberá transcribir medicamentos de uso ocasional, ni aquellos que requiera estricta vigilancia.

Apellido y nombre.....N°afil.....DNI:.....Sexo: M/F.

Fecha de Nacimiento:...../...../..... Domicilio.....

Localidad:.....Tel:.....

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

| ENFERMEDADES     | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | FECHA COMIENZO | FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO |  |
|------------------|-----------------------|----------------|-----------------------------|--|
| Cardiovasculares |                       |                |                             |  |
| Endocrinológicas |                       |                | Por clínica del paciente    |  |
| Metabólicas      |                       |                | Laboratorios habituales     |  |
| Neurológicas     |                       |                | laboratorio complejos       |  |
| Pulmonares       |                       |                | Radiología                  |  |
| Psiquiátricas    |                       |                | Tomografía                  |  |
| Renales          |                       |                | R.M.N.                      |  |
| Diabetes         |                       |                | Anatomía patológica         |  |
| Otras            |                       |                | Otros                       |  |

MEDICACIÓN INDICADA

| PRINCIPIO ACTIVO Y PRESENTACIÓN | UNIDAD POSOLÓGICA | COMP/DÍA | CANT. ENV. MENSUALES |
|---------------------------------|-------------------|----------|----------------------|
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |
|                                 |                   |          |                      |

Nombre y apellido del Médico tratante.....

Centro Asistencial.....Tel:.....Fecha:...../...../.....

Firma y aclaración del Paciente.....Firma y sello médico.....

SE DEBÁ ADJUNTAR: RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA Y RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS. RP/ con medicación para un mes de tratamiento.