

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.