

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha Nac. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

Expediente N° \_\_\_\_\_

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Forma clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### • DETALLE DE BROTES PREVIOS:

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Síntomas de comienzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen neurológico actual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Puntaje escala de Kurtzke (EDSS) \_\_\_\_\_

Estudios complementarios (adjuntar informes)	Fecha
Resonancia magnética cerebral y espinal	
Potenciales evocados (optativo)	

### TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

### FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN \*

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases x mes

\* Monodroga     SÍ     NO    Asociada con: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
LUGAR

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: \_\_\_\_\_