

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. _____ / _____ / _____

Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción _____

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Información sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio de tratamiento.

DATOS ANTROPOMÉTRICOS ACTUALES

Peso actual: _____ kg

Peso hace 3 meses: _____ kg

Peso habitual: _____ kg

Edad: _____ años

IMC: _____

Circunf. cintura: _____ cm

LABORATORIO

2 ÚLTIMAS DETERMINACIONES (adjuntar protocolos firmados por el bioquímico)	Fecha	Valor	Fecha	Valor
Glucemia				
Triglicéridos				
Colesterol total				
HDL				
LDL				
TGO				
TGP				
CPK				
HB A1C (DBT)				

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad envases/mes

* Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

 LUGAR

 FECHA

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____