

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha Nac.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Beneficiario N°: \_\_\_\_\_

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

## ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, o el aumento de dosis, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio de tratamiento.

---



---



---



---



---

## TRATAMIENTO HORMONAL PREVIO

Droga	Dosis / semana	N° aplicaciones / semana
	UI	

## TRATAMIENTO HORMONAL SOLICITADO ACTUALMENTE POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis / semana	N° aplic./ semana	Cant. envases / mes
		UI		

Duración estimada del tratamiento: \_\_\_\_\_

## VELOCIDAD DE CRECIMIENTO Y MADURACIÓN FÍSICA

Edad cronológica: \_\_\_\_\_ Edad ósea: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Veloc. crecimiento: \_\_\_\_\_ cm / semestre \_\_\_\_\_ cm / año

Est. puberal: G/M \_\_\_\_\_ VP \_\_\_\_\_ Tamaño testic: D: \_\_\_\_\_ I: \_\_\_\_\_

Tratamientos concomitantes (detallar):

---



---



---



---

Estudios complementarios posteriores a la última autorización emitida por la Subgerencia de Medicamentos  
(detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

---



---



---

\_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.