

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac.: ____ / ____ / ____
Beneficiario N°: _____
Diagnóstico CIE 10: _____

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	Resultados

TRATAMIENTO HORMONAL SOLICITADO ACTUALMENTE POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases / mes

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: _____
FECHA _____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA _____ FAX: _____
MAIL: _____