

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

Beneficiario N°: _____

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

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____ Peso: _____ kg

Descripción cuadro clínico neurológico:

BLANCOS MUSCULARES A INFILTRAR

Músculo	Dosis / kg	Músculo	Dosis / kg

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Estudios complementarios realizados (Detallar y adjuntar fotocopia de los informes).

ESCALA DE VALORACIÓN EMPLEADA

Denominación	Puntaje actual

TIPO DE TOXINA BOTULÍNICA SOLICITADA POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Presentación	Cantidad de envases/ciclo	N° de ciclos requeridos

Intervalo interdosis: _____

Monoterapia: SI NO Asociada con: _____

LUGAR

Tel: _____

Mail: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

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