

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: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

Fecha: ____ / ____ / ____

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: _____