

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

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

Fax: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_