

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.