

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

Beneficiario N°: _____

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

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio del tratamiento.

TOTALIDAD DE FÁRMACOS QUE RECIBE ACTUALMENTE

Droga	Dosis	Resultados

Tratamientos no farmacológicos actuales: NO SI Detallar: _____

Estudios complementarios realizados a posteriores a la última autorización (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

* Monodroga: SI NO Asociada con: _____

Duración estimada del tratamiento: _____

Score actual: _____

LUGAR

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____