

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha:

Apellido y Nombre:

Afiliado N°:

D.N.I. N°:

Plan:

Titular Familiar

Fecha Nacimiento:

Sexo: M F

Domicilio:

Localidad:

Tel:

Estado Clínico:	A1	A2	A3	B1	B2	C1	C2
-----------------	----	----	----	----	----	----	----

Vacunas aplicadas en los últimos meses:

Notificación Programa Nacional de SIDA: Si No

Número de Expediente:

Carga Viral:

Esquema de tratamiento:

Drogas en uso

ABACAVIR		HIDROXUREA		TENOFOVIR	
AMPRENAVIR		LAMIVUDINA		ZALCITABINA	
ATAZANAVIR		LOPINAVIRA			
DARUNAVIR		MARAVIROC			
DELAVIROIN		NELFINAVIR			
DIDANOSINA		NEVIRAPINA			
EFAVIRENZ		RALTEGRAVIR			
ENFUVRTIDE		RITONAVIR			
ETRAVIRINA		SAQUINAVIR			
FOSAMPRENAVIR		SANQUINAVIR RF			
FTC		STAVUDINA			

ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1.						
2.						
3.						

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matrícula MP: MN:

Institución donde asistió al paciente:

Firma y Sello