

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha:

Apellido y Nombre:

Afiliado N°:

D.N.I. N°:

Plan:

Titular  Familiar

Fecha Nacimiento:

Sexo: M  F

Domicilio:

Localidad:

Tel:

**Patologías**

ACROMEGALIA		HIPERTENSION PULMONAR	
ARTRITIS PSORIASICA		HORMONA DE CRECIMIENTO	
ARTRITIS REUMATOIDEA		MACULOPATIA	
COLITIS ULCEROSA		MIASTENIA GRAVIS	
ENFERMEDAD DE CROHN		MIELOMA MULTIPLE	
ENFERMEDAD DE FABRY		MUCOPOLISACARIDOS TIPO I Y II	
ENFERMEDAD DE GAUCHER		OSTEOPOROSIS	
ENFERMEDAD DE GUILLAIN BARRE		PREVENCION DE INFECCION SEVERA POR VIRUS SINCIAL RESPIRATORIO (VSR)	
ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK		PSORIASIS EN PLACA	
ENFERMEDAD DE POMPE		PUBERTAD PRECOZ	
ENFERMEDAD DE WEGENER		PURPURA TROMBOCITOPENICA IDIOPATICA	
ENFERMEDAD FIBROQUISTICA		SINDROME CARCINOIDE Y TUMORES HIPOFISARIOS PRODUCTORES DE SOMATOSTINA	
ENFERMEDAD PULMONAR		SINDROME DE KAWASAKI	
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA		TRASPLANTADOS	
ESCLEROSIS MULTIPLE		TUBERCULOSIS	
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE			
HEMOFILIA TIPO A, B Y ENFERMEDAD DE WILLEBRAND			
HEPATITIS CRONICA B O C		OTROS:	

DIAGNÓSTICO/RESUMEN HC:

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