

FICHA CLINICA PARA MEDICAMENTOS

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Nombre y Apellido:	Fecha: / /
Número de afiliado:	Edad:

Problema de salud o Diagnóstico:.....

Resumen de Historia Clínica:

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Monodroga	Form. Farm.	Concentración	Dosis p/toma o adm.	Intervalo de adm.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

Única dosis:..... **Días:**..... **Meses:**.....

Objetivo terapéutico del tratamiento solicitado:

Tratamientos previos recibidos (si corresponde):

Informe anátomo-patológico (si procede):

Procedimiento /s Diagnóstico /s (si procede): indicar con una cruz

<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> MAMOGRAFIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TAC	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> ELECTROMIOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> DOPPLER	<input type="checkbox"/> C.GAMMA	<input type="checkbox"/> OTRO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANGIOGRAFIA	<input type="checkbox"/> ELECTROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> PUNCION BIOPSIA	<input type="checkbox"/>

Determinaciones Bioquímicas (si procede):

DIABETES: Control Metabólico

	VALOR	FECHA
Glucemia:		
Hem. Glicosilada:		

.....
Firma y Sello del Profesional Actuante