

# Ficha Clínica de Medicamentos

Reg-04 Última revisión 16 nov 2022



## 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	Dosisp/toma o adm.	Intervalo de adm.	Nombre comercial sugerido

### Duración del Tratamiento:

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

### Objetivo terapéutico del tratamiento solicitado:

--------------

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

RX	ECO	MAMOGRAFIA	
TAC	RMN	ELECTROMIOGRAMA	
DOPPLER	C.GAMMA	OTRO	
ANGIOGRAFIA	ELECTROENCEFALOGRAMA	PUNCIONBIOPSIA	

### Tratamientos Previos Recibidos (si corresponde)

--------------

### Informe Anátomo-Patológico (si procede)

--------------

### Determinaciones Bioquímicas (si procede)

	Diabetes: Control Metabólico	
	Valor	Fecha
Glucemia		
Hem. Glicosilada		

Firma y Sello del Profesional Actuante