

FICHA CLÍNICA PARA LA SOLICITUD DE FÓRMULAS LÁCTEAS

APELLIDO Y NOMBRES:.....

AFILIADO NRO:.....

EDAD:.....

1- RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

.....
.....
.....
.....

2- EXAMENES COMPLEMENTARIOS RESPALDATORIOS (con protocolo de informes):

.....
.....
.....

3- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO / DE CERTEZA (tachar lo que no corresponda):

.....
.....

4-

- ✓ Fecha de nacimiento:...../...../.....
- ✓ Peso al nacer:.....
- ✓ Peso actual:.....

5- PRODUCTO COMERCIAL SOLICITADO Y ALTERNATIVAS (si existieran):

.....

Dosis / Gramos por toma	Intervalo de Administración	Duración del tratamiento

Lugar y fecha:.....

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Agradecemos a los Señores profesionales cumplimentar los ítems precedentes con letra legible. Si es necesario, enviar en sobre cerrado.

Lugar y Fecha:.....

.....
Auditoría Médica