



FICHA CLÍNICA DE 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.	Nombre Comercial sugerido

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

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