

## FORMULARIO DE PRESCRIPCIONES DE PATOLOGÍAS ESPECIALES (AC) NO ONCOLÓGICAS

### DATOS DEL PACIENTE

Apellido y nombre				N° Doc.	
N° de afiliado	Edad	Sexo	Peso	Altura	
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		Tel.	
E-mail					

\_\_\_\_\_

*Firma del afiliado*

### DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y nombre					
Especialidad			M.N	M.P	
Institución					
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		Tel.	
E-mail					

### DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Diagnóstico principal (Código. OMS)	
Fecha comienzo del tratamiento	Duración en meses
Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	

	Monodroga	Presentación en miligramos	Dosis diaria	Envases mensuales
Rp/1	_____	_____	_____	_____
Rp/2	_____	_____	_____	_____
Rp/3	_____	_____	_____	_____
Rp/4	_____	_____	_____	_____
Rp/5	_____	_____	_____	_____

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma y sello del Profesional*

**RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA (justificación de tratamiento)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

---

---

---

**MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO INICIAL POR MÉDICO TRATANTE**

Toxicidad     Recaída     Otros

a)	Fecha
b)	Fecha
c)	Fecha

---

*Firma y sello del Profesional*