

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA MEDICACION

Nombre y Apellido: _____

Numero de afiliado: _____ **DNI:** _____

Edad: _____ **Sexo:** _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de la enfermedad:

Estado actual detallando estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades:

Tratamiento/s previo/s (droga-cantidad de ciclos-tipo de respuesta)

Tratamiento indicado completo (detallar fecha de inicio de tratamiento)

Fundamentación medica del uso de la medicación indicada, con detalle de dosis diaria por día, por kg, y por mes:

Tiempo de tratamiento previsto:

Fecha

Firma y sello del médico tratante