

Nº DE AFILIADO:FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE Y APELLIDO:SEXO:

DOMICILIO:TEL:

DIAGNOSTICO:Nº DE CICLO:

REESUMEN HISTORIA CLINICA:

.....

.....

.....

.....

INFORMES:

Fondo de ojo Derecho Izquierdo

.....

.....

RFG:.....

.....

OCT:.....

.....

TERAPIA/S PREVIA/S:

Cirugía NO SI fecha / / Descripción

Inmunoterapia NO SI fecha / / Descripción

Radioterapia NO SI fecha / / Descripción

Droga	Dosis	Fecha de Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

FECHA Y RESPUESTA DE TRATAMIENTO ANTERIOR:.....

FECHA PRÓXIMO TRATAMIENTO: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA MÉDICO AUDITOR

Fecha de prescripción: / /

Sr. Profesional:Esta solicitud debe presentarse en Galeno al inicio del tratamiento, en la reevaluación y ante un cambio de dosis o medicación.
 Recuerde reevaluar al paciente al finalizar el 2º o 3º ciclo según corresponda a la patología del paciente.