

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRES:

AFILIADO N°:

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI,LC, LE,CI N° :

ESTADO FUNCIONAL DEL PACIENTE

CLASE FUNCIONAL:

DETERIORO COGNITIVO:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	CFR
INSUFICIENCIA CARDIACA:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
HEPATOPATÍAS:	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Aclarar.....

FORMA REMITENTE RECIDIVANTE

FORMA SECUNDARIA PROGRESIVA CLINICAMENTE ACTIVA

HAQ: DAS 28: BASFI:..... BASDAI: PASI:.....

DEAMBULA: SI NO ASEO PROPIO: SI NO ESCRIBE: SI NO USA BASTÓN: SI NO

Droga	Dosis	Fecha de Aplicación	Intervalo	N° de Ciclos

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA: / /

.....
FIRMA MÉDICO TRATANTE

.....
FIRMA MÉDICO AUDITOR