

Nº de Afiliado: ..... Fecha de Nacimiento: ..... / ..... / ..... Edad: ..... Sexo: F  M

Nombre y Apellido: .....

Domicilio: ..... Tel: .....

Diagnóstico: ..... Fecha inicio tratamiento: ..... / ..... / .....

Nivel de hormona de crecimiento al inicio del tratamiento: ..... Percentilo al nacer (en caso de RCIU): .....

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA PARA LA SOLICITUD DE HORMONA DE CRECIMIENTO

Fecha							
Edad Cronológica							
Velocidad Crecimiento (cm/año)							
Peso (Kg.)							
Edad Osea (años)							
Percentilo							
Desarrollo Genital (G/M-TD/TI-VP)							
Cartílagos Cerrados							
Tratamiento							

### ESQUEMA TERAPEUTICO SOLICITADO (completar por ciclo si es diferente)

Droga	Dosis	Fecha de Aplicación	Intervalo	Nº de Ciclos

Tratamiento solicitado: ..... Dosis Diaria: ..... Dosis mensual: ..... Tiempo estimado de tto.: .....

Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades: .....

.....  
.....  
.....