



CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:

N° DE AFILIADO: Sexo: M F Edad: Fecha Emisión:/...../.....

DOMICILIO:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

DIAGNOSTICO	Código de Diagnóstico	DIAGNOSTICO (Otros)			
PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO	1 -Fecha de Inicio del Tratamiento <input type="text"/>	Recuento CD4 mm ³ o CD4 %			
		Carga Viral Plasmática ml de sangre			
	2 - Fecha de Cambio de Esquema <input type="text"/>	Recuento CD4 mm ³ o CD4 %			
		Carga Viral Plasmática ml de sangre			
Cambio de tratamiento causas:	<input type="checkbox"/> Falla Viroológica <input type="checkbox"/> Embarazo	Efectos adversos:	<input type="checkbox"/> Renales <input type="checkbox"/> Dermatológicos <input type="checkbox"/> Alteraciones Metabólicas <input type="checkbox"/> Neurológicos <input type="checkbox"/> Óseos <input type="checkbox"/> Gastrointestinales <input type="checkbox"/> Otros:		
	PRINCIPIO ACTIVO	Present. (en mg)	Dosis recomendada (en mg)	Unidades (en letras)	Vía de Administración
1					<input type="checkbox"/> INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> INTRAMUSCULAR <input type="checkbox"/> ORAL
2					<input type="checkbox"/> INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> INTRAMUSCULAR <input type="checkbox"/> ORAL
3					<input type="checkbox"/> INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> INTRAMUSCULAR <input type="checkbox"/> ORAL
4					<input type="checkbox"/> INTRAVENOSA <input type="checkbox"/> INTRAMUSCULAR <input type="checkbox"/> ORAL

DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE:

ESPECIALIDAD: MATRICULA: CODIGO PROFESIONAL:

TELEFONO:

.....
 Firma y sello del
 Médico Especialista Tratante

.....
 Firma y sello
 del Auditor IOSEP