

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA GENÉRICO

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre y Apellido: _____

Afiliado Medifé N°: _____ FEM: _____ MASC: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____

Diagnóstico principal: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Tratamiento solicitado: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Fecha de comienzo del cuadro: ____ / ____ / ____

Forma de inicio: _____

Evolución:

ESTADO ACTUAL:

Compromiso del estado general: SI NO

Escala y/o criterios clínicos para definir severidad:

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA:

Tipo de estudio y fecha de realización:

Resultados principales:

Otros estudios respaldatorios:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA GENÉRICO

Fecha: ____ / ____ / ____

TRATAMIENTOS PREVIOS:

Droga/dosis/mes: _____

Tiempo de tratamiento: _____ Motivo de suspensión:

TRATAMIENTO SOLICITADO:

Etiológico

Sintomático

Curativo

Paliativo

De elección (Gold Estándar)

De segunda línea

Droga/dosis/mes: _____

Alternativa terapéutica considerada:

PLAN TERAPÉUTICO:

Justificativo médico:

Tiempo esperado de tratamiento: días semanas meses años

Parámetros para evaluar respuesta terapéutica:

Criterios de suspensión del tratamiento:

Aclaraciones:

Para poder evaluar el pedido de tratamiento, Auditoría Médica requiere esta planilla completa y acompañada de copia de informes de estudios respaldatorios (estado actual y diagnóstico de certeza) sin excepción.

Aportar copia de consentimiento informado. Queda a criterio de Auditoría solicitar documentación adicional.

Tel. de contacto del médico: _____

Email: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma y sello médico: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA GENÉRICO

Fecha: ____ / ____ / ____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCESOS TERAPEUTICOS ESPECIALES EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

Medifé Asociación Civil:

Me dirijo a Uds., a fin de brindar mi consentimiento para el plan de tratamiento con la medicación _____

desde (mes/año) _____ solicitado por el Dr./a

MN/MP: _____

Declaro que el médico solicitante me ha brindado de manera clara, precisa y adecuada los riesgos que conlleva dicho tratamiento, como así también se me ha explicado que en el actual contexto de pandemia por COVID 19, a pesar de las rigurosas precauciones para la atención presencial, no se puede asegurar con certeza que no existe la posibilidad de contagio o bien que la medicación solicitada, debido a su alta capacidad inmunosupresora, aumente el riesgo de infecciones.

Habiendo comprendido y no quedando dudas sobre lo explicado, CONSIENTO EXPRESAMENTE y firmo al pie (manuscrito por el beneficiario/tutor legal/guarda)

Firma y aclaración del afiliado: _____

Aclaración: _____

Tipo y N° de documento: _____

Para el Médico tratante

Por la presente asevero y doy fe, de haber explicado los alcances del tratamiento a instaurar con la medicación (completar mayúscula y legible) _____ que se proporcionará al Sr./a (apellido, nombre y DNI) _____ habiendo contestado todas las preguntas en torno a las características del mismo.

Firma y sello del profesional: _____

*Medifé Asociación Civil no se responsabiliza por los efectos adversos o complicaciones inherentes al tratamiento elegido por las partes. Así como también se deslinda de responsabilidad a la misma en caso de contagio por el virus Sars-Cov-2.