

Resumen de Historia Clínica

Superintendencia de Servicios de Salud – Sistema de Reintegro

Institución:	Fecha:
--------------	--------

Datos del Paciente:

Apellido y nombres:		
Edad:	Sexo:	Fecha Nacimiento:
Nro Beneficiario:	Categoría:	Nro Doc:
Dirección:		CUIL/CUIT:
Diagnóstico:		

Antecedentes Personales:

Antecedentes de la Enfermedad Actual:

Estado Actual (detallar estado funcional complicaciones y/o comorbilidades):

Detalle del tratamiento indicado:

a) Especificar droga:	_____				
Dosis diaria:	_____	Dosis mensual:	_____		
Tiempo de tratamiento previsto:	_____				
Peso:	_____ Kg.	Altura:	_____ cm.	Superficie corporal:	_____ m ² (si corresponde)

Para casos de prescripción de más de una droga:

b) Especificar droga: _____
Dosis diaria: _____ Dosis mensual: _____
Tiempo de tratamiento previsto: _____
Peso: _____ Kg. Altura: _____ cm. Superficie corporal: _____ m² (si corresponde)

c) Especificar droga: _____
Dosis diaria: _____ Dosis mensual: _____
Tiempo de tratamiento previsto: _____
Peso: _____ Kg. Altura: _____ cm. Superficie corporal: _____ m² (si corresponde)

Fundamento de la indicación actual:

Firma y sello del médico tratante