

## PRESCRIPCIÓN PATOLOGÍAS ESPECIALES

### Datos del paciente

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc	N° IOSFA	Edad	Sexo	Altura	Peso
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel.	Celular		E-mail		
Delegación		Institución en la que es asistido			

### Datos del profesional

Apellido y nombre					
Tipo y N° Doc		M.N.		M.P.	
Calle			N°	Piso	Dpto.
Localidad		Provincia		C.P.	
Tel. de contacto			E-mail		
Especialidad		Institución			

### Descripción del tratamiento

Diagnóstico principal (Código OMS)	
Fecha comienzo tratamiento	Duración (en meses)
Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>	

	Monodroga	Presentación en miligramos	Dosis diaria	Envases mensuales
Rp/1)				
Rp/2)				
Rp/3)				
Rp/4)				
Rp/5)				

Lugar y fecha de prescripción

Firma y sello del Profesional

**Resumen de Historia Clínica (Justificación del tratamiento)**

**Documentación adjunta**

**Modificación del tratamiento inicial por médico tratante**

Toxicidad	Recaída	Otros
a)	Fecha	
b)	Fecha	
c)	Fecha	

\_\_\_\_\_  
*Firma y sello del Profesional*