

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA**

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

SOCIO N°: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

SEXO: F M CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO **DIAGNÓSTICO**

DESCRIPCIÓN DIAG. 1 (CIE 10 optativo): \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DIAG. 2 (CIE 10 optativo): \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD**

FECHA DE COMIENZO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CUADRO DE PRESENTACIÓN: \_\_\_\_\_

**ESTADO ACTUAL**

PESO: \_\_\_\_\_

TALLA: \_\_\_\_\_

SUP. CORP.: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN (estado evolutivo, severidad, complicaciones, comorbilidades): \_\_\_\_\_

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza - marcar los realizados y adjuntar copias):

Estudio fisiológico: Anatomía patológica: 

(electromiografía, velocidad de conducción, potenciales evocados, otros)

RMN Cerebro: RMN de Columna: Capacidad vital forzada: 

Adjuntar copias de estudios e informes

**FUNDAMENTO TERAPÉUTICO** (fundamentación médica del uso de la medicación específica. Principio activo Ley 25.649)

		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	
		____/____/____	____/____/____	

**TRATAMIENTO**

INICIO TRATAMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOMBRE INSTITUCIÓN o MÉDICO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO DONDE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Autorización para recibir tratamiento con medicamentos**

Droga \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_, o mi tutor o representante legal \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ otorgo el consentimiento para ser asistido/a sea asistido/a (tachar lo que no corresponda) en \_\_\_\_\_

bajo la atención profesional de Dr. \_\_\_\_\_

He sido informado/a en forma clara, precisa y adecuada acerca de mi estado actual (diagnóstico de enfermedad actual)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

También ha sido informado de los beneficios de la medicación propuesta (detallar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Me han sido comunicados los riesgos significativos, molestias, reacciones adversas y secuelas por el uso de la misma (detallar).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se han explicado/a los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación a la medicación propuesta. Dichas alternativas son

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por último ha sido informado/a de las consecuencias previsibles de la no realización del tratamiento propuesto o de las alternativas que son

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_