

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO: _____ SOCIO N°: _____
 DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: F M
 CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO

ESTADO ACTUAL

DIAGNÓSTICO: _____

GH UTILIZADA (GENÉRICO): _____ FECHA INICIO TRATAMIENTO: / /

DOSIS ACTUAL: _____ UI / SEMANA: _____ N° INYECCIÓN / SEMANA: _____

SE REQUIERE: MANTENER LA DOSIS ACTUAL: _____

SUSPENDER EL TRATAMIENTO: _____

AUMENTAR LA DOSIS A: _____ UI / SEMANA: _____

INDICAR MOTIVOS PRECISOS: _____

 _____**ANTECEDENTES**

FECHA DE CONTROL ACTUAL:: / / TALLE (CM, MM): _____ PESO (KG): _____

FECHA CONTROL ANTERIOR: / / TALLE (CM, MM): _____ PESO (KG): _____

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO (CM/AÑO) EN EL SEMESTRE: _____

EDAD ÓSEA (UNA POR AÑO) FECHA: / / GyP / TANNER: _____

NIVEL SÉRICO: _____

ESTADÍO PUBERTAL: G / M: VP: I am TEST D: MENARCA

CUMPLIMIENTO EN EL TRATAMIENTO: _____

TRATAMIENTOS CONCOMITANTES (NOMBRE Y DOSIS): * TIROIDES: _____

* ESTEROIDES: _____

* OTROS: _____

OBSERVACIONES _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO SOLICITANTE _____

IMPORTANTE:

ADJUNTAR

* Copia del informe de curva de talla
 * Copia de los exámenes de laboratorio y radiológicos
 * Consentimiento informado bilateral firmado en original



CENTRO MEDICO PUEYRREDON

MEDICINA PREPAGA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autorización para recibir tratamiento con medicamentos

Droga _____

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente, yo _____

DNI _____, o mi tutor o representante lega _____

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

