

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA – MACULOPATÍA

NOMBRE Y APELLIDO: _____

SOCIO Nº: _____

DNI: _____

EDAD: _____

SEXO: F M CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTO JUBILADO

ANTECEDENTES CLÍNICOS OFTALMOLÓGICOS QUE CONSIGNE AGUDEZA VISUAL:

ESQUEMA TERAPÉUTICO PREVIO INSTITUIDO

MEDICACIÓN	DOSIS	DESDE	HASTA	RESPUESTA
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza - Fondo de Ojo, RFG, OCT):

Adjuntar copias de informes de estudios complementarios

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

ESQUEMA TERAPÉUTICO TRATAMIENTO ACTUAL (justificación médica de la utilización del agente biológico. Principio activo Ley 25.649)

MEDICACIÓN	DOSIS	DESDE	HASTA	RESPUESTA
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	
		___/___/___	___/___/___	

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

