

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - PREVENCIÓN DE INFECCIÓN SEVERA POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO**

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

PESO DE NACIMIENTO: _____

EDAD GESTACIONAL: _____

PATOLOGÍA NEONATAL: _____

OXIGENOTERAPIA: _____

DISPLACIAS BRONCOPULMONAR: _____

ESTADO ACTUAL

PESO: _____

DESCRIPCIÓN (forma clínica, estado funcional, complicaciones, comorbilidades): _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS (efectuados para arribar al diagnóstico de certeza): _____

Adjuntar copias de estudios e informes

FUNDAMENTO TERAPÉUTICO (fundamentación médica del uso de la medicación específica. 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
PEDIATRA / INFECTÓLOGO



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

