

**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



**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

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