



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - MEDICACIÓN ONCOLÓGICA Y HEMATOLÓGICA

PRIMERA VEZ COTINUIDAD NUEVO TRATAMIENTO

DATOS DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DE SOCIO: _____ DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: F M

CATEGORÍA: OBLIGATORIO VOLUNTARIO MONOTRIBUTISTA JUBILADO MAIL: _____

DATOS DE LA PATOLOGÍA

DIAGNÓSTICO: OMS _____ FECHA DIAG.: / /

ESTADÍO INICIAL: _____

ESTADÍO ACTUAL: _____

LOCALIZACIÓN/ES 2º/S (si corresponde): _____

PESO: _____ TALLA: _____ SUP. CORPORAL: _____ ECOG / KARNOSFKY: _____

PERFORMANCE CLÍNICA: ESCALA ECOG/KARNOFSKY - TERAPIAS PREVIAS

CIRUGÍA: NO SI FECHA Y DESCRIPCIÓN: _____

QUIMIOT.: NO SI FECHAS Y ESQUEMA: _____

HORMONOT.: NO SI FECHAS Y DROGA: _____

INMUNOT.: NO SI FECHAS Y DROGA: _____

RADIOT.: NO SI FECHAS, DOSIS Y CAMPO: _____

INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD: NO SI DURACIÓN: _____

ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO: _____

CARÁCTER: ADYUVANTE NEOADYUVANTE PALIATIVO CICLO Nº: _____ CANT. DE CICLOS: _____

PLAN DE TRATAMIENTO (fundamentación médica) _____

PREVIO

MEDICACIÓN POR D.C.I.
(Denominación Común Internacional)

DOSIS: mg / m2

DÍAS

FRECUENCIA

DESDE / HASTA

MEDICACIÓN POR D.C.I. (Denominación Común Internacional)	DOSIS: mg / m2	DÍAS	FRECUENCIA	DESDE / HASTA



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA - MEDICACIÓN ONCOLÓGICA Y HEMATOLÓGICA

ACTUAL

MEDICACIÓN POR D.C.I. (Denominación Común Internacional)	DOSIS: mg / m ²	DÍAS	FRECUENCIA	DESDE / HASTA

LUGAR DE TRATAMIENTO _____

FECHA ÚLTIMO TRATAMIENTO: / /

FECHA PROBABLE PRÓXIMO TRATAMIENTO: / /

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: / /

TEL. MÉDICO TRATANTE: _____

ADJUNTAR:

- Informe del histopatológico
- Infomes de estudios realizados (imágenes, laboratorio, etc.)
- Receta de medicación

IMPORTANTE:

Ante cambio de fármacos, cambio de dosis y o si se agrega medicación al esquema inicial, o se inicia un nuevo esquema se debe completar nuevamente por el médico tratante.



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

