



HISTORIA CLÍNICA DE MEDICAMENTOS INHERENTES AL CUD

DATOS DEL AFILIADO	Tipo	Nº Documento	Nº Afiliado	Localidad		Fecha	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	Nombre y Apellido			Cód. Postal	Teléfono	Edad	Peso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS DEL MÉDICO	MATRICULA	Apellido y Nombres		Especialidad
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Firma y Sello del Médico		Localidad	Teléfono
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Sr. Profesional le recordamos que dicho formulario debe ser completado en todas sus partes. El mismo será sujeto a Auditoría Médica posterior.

Todo cambio de medicación o aumento de dosis de la misma debe ser notificado mediante este formulario.

HISTORIA CLÍNICA

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Diagnóstico	Droga	Nombre Comercial	Dosis/ Días en mg	Días al mes	Días de tratamiento (total)	AUDITORIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>