



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"/>
	Nombre y Apellido			Cód. Postal	Teléfono	Edad	Peso
	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS DEL MÉDICO	Apellido y Nombres			Matrícula		Especialidad	
	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Email					Celular	
	<input type="text"/>					<input type="text"/>	
	Firma y sello del Médico			Localidad		Teléfono	
<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"/>

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"/>					