



HISTORIA CLÍNICA DE MEDICAMENTOS INHERENTES AL CUD

DATOS DEL AFILIADO	Tipo	Nº Documento	Nº Afiliado	Localidad		Fecha	
						/	/
	Nombre y Apellido			Cód. Postal	Teléfono	Edad	Peso
DATOS DEL MÉDICO	Apellido y Nombres			Matrícula		Especialidad	
	Email					Celular	
	Firma y sello del Médico			Localidad		Teléfono	

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

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

HISTORIA CLÍNICA

Diagnóstico	Droga	Nombre Comercial	Dosis/ Días en mg	Días al mes	Días de tratamiento (total)	AUDITORIA