

**HISTORIA CLINICA PARA SOLICITUD DE MEDICACIÓN DE ALTO COSTO**

Lugar..... Fecha ...../...../201.....  
Institución.....

**DATOS DEL PACIENTE**

Apellido y Nombres.....  
Edad..... Sexo..... Fecha de nacimiento ...../...../.....  
N° de Beneficiario: .....-...../..... ..DNI./CI:.....  
Domicilio..... Ciudad.....  
Provincia..... Teléfono .....

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD, ESTADO ACTUAL**

*(detallar estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades)*  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



## DETALLE DEL TRATAMIENTO INDICADO

*(completo: detallando dosis diaria y mensual, y tiempo probable de uso)*

Dosis diaria ..... Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg          Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

*para casos de prescripción de más de una droga*

Dosis diaria ..... Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg          Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

Dosis diaria ..... Dosis mensual.....

Dosis semestral (si correspondiere).....

Tiempo probable de uso.....

Peso.....Kg          Altura..... cm.

Superficie Corporal.....M2 (si correspondiere)

## DROGA A SUMINISTRAR EN CADA PERÍODO DE TRATAMIENTO

Monodroga en su nombre genérico con especificación de miligramos.....

Cantidad de unidades a utilizar.....

**Acompañar formulario con receta original**

**NOTA IMPORTANTE** Cada 6 meses enviar datos de evolución y respuesta al tratamiento

**OBSERVACIONES**

**IMPORTANTE PARA SU ACEPTACIÓN:** Se ruega completar con letra legible o caracteres de imprenta

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**

Apellido y Nombre.....

Especialidad.....

Teléfono laboral..... días y horas de atención.....

Teléfono Movil.....

Firma y Sello.....

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MEDICACION

En mi carácter de médico tratante del/la paciente cuyos datos se informan al pie le he explicado el estado de su salud y la naturaleza de su condición. Asimismo le informé en forma clara y precisa el tratamiento medicamentoso a realizar con la droga.....

Se explicó los beneficios que pueda razonablemente esperar en comparación con otros tratamientos alternativos. Fue discutida y analizada la probabilidad de riesgos mayores o complicaciones en relación con la medicación mencionada. Le fue informado que puede existir la posibilidad de una complicación ineperada por lo que jamás se le pueden dar garantías totales o hacer promesas en lo que concierne a los resultados de cualquier tratamiento. Se han contestado todas las inquietudes al paciente / representante legal (*tachar lo que no corresponda*), quien expresa ser consciente de todo lo informado, dando conformidad con su firma al pie, para el tratamiento.

**En .....a los.....días del mes de .....de 20.....**

### Datos del paciente

Nombre y apellido.....

DNI.....fecha de nacimiento.....

firma.....

### Datos del representante legal (*para el caso de menores de 18 años, o con incapacidad psíquica – o física que impida firmar-*)

Nombre y apellido.....parentesco.....

DNI.....fecha de nacimiento.....

firma.....

### Datos del médico tratante

Nombre y apellido.....Matrícula profesional.....

DNI.....

firma y sello (*donde conste especialidad*).....