



PRESENTACIÓN AL SISTEMA DE ENFERMEDAD CELÍACA



DATOS DEL PACIENTE

R.C.A. Nº 28/2009 ANEXO II

Nº Afiliado. Tipo y Nro de Doc. Edad.
 Apellido y Nombres: Sexo
 PesoKg. Alturamts Superficie Corporal..... M²

SE SOLICITA A LOS SRES. PROFESIONALES COMPLETAR EL FORMULARIO EN LETRA IMPRENTA

Diagnóstico y grado de la enfermedad:

.....

DETALLE DEL TRATAMIENTO

| | |
|----------------------|--------------------------------------------|
| Fecha de Diagnóstico | Frecuencia de reevaluación del Tratamiento |
|/...../..... | |

MEDICACIÓN HABITUAL

| Genérico | Presentación | Dosis | Frecuencia |
|----------|--------------|-------|------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

| | | |
|---------------|---------------------------|---------------------------|
| Lugar y Fecha | Firma del Médico Tratante | Sello del Médico Tratante |
|---------------|---------------------------|---------------------------|

| | |
|-----------------------|----------|
| Teléfono Consultorio: | Celular: |
|-----------------------|----------|

IMPORTANTE: PRESENTAR EL MISMO, ADJUNTO A ÚLTIMOS ESTUDIOS REALIZADOS PARA SU EVALUACIÓN

AUDITORÍA MÉDICA D.A.S.U.Te.N CENTRAL

| | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| | Firma y Sello Auditor Médico |
|----------------------------------|---------------------------------|

Se autoriza subsidio: **SI** **NO** Fecha: / /