



**PRESENTACIÓN AL SISTEMA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS  
E.M, V.I.H., TRANSPLANTES, ETC. (FORMULARIO DE TRATAMIENTO)**



**DATOS DEL PACIENTE**

**ANEXO I**

Nº Afiliado ..... Tipo y Nro de Doc. .... Edad. ....  
 Apellido y Nombres: ..... Sexo .....  
 Peso ..... Kg    Altura ..... cm    Superficie Corporal. .... M<sup>2</sup>

Diagnóstico y Estadificación:

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

**DETALLE DEL TRATAMIENTO**

|                   |                    |  |
|-------------------|--------------------|--|
| Fecha Inicio      | Fecha Finalización | Frecuencia de reevaluación del Tratamiento |
| ...../...../..... | ...../...../.....  |  |

Con Internación: ..... Sí / No

| Monodroga (no usar nombre comercial) | Presentación | Dosis | Frecuencia |
|--------------------------------------|--------------|-------|------------|
| 1.                                   |              |       |            |
| 2.                                   |              |       |            |
| 3.                                   |              |       |            |
| 4.                                   |              |       |            |

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

Teléfono Consultorio: ..... Celular: .....

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

**CONCLUSIONES AUDITORÍA MÉDICA DASUTEN**

|  |   |
|--|---|
| <p>.....<br/>         .....<br/>         .....</p> | <p>Firma y Sello<br/>Auditor Médico</p> |
|--|---|