



# CAPACIDADES DIFERENTES (FORMULARIO DE TRATAMIENTO)



## DATOS DEL PACIENTE

## ANEXO IV

N° Afiliado ..... Tipo y Nro de Doc ..... Edad .....

Apellido y Nombres: ..... Sexo .....

Peso ..... Kg    Altura ..... cm    Superficie Corporal ..... M<sup>2</sup>

Diagnóstico:

Evolución:

Fecha:        /        / 200

## 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

.....

.....

.....

Firma y Sello  
Auditor Médico