

INSTITUTO DE TECNOLOGÍAS NUCLEARES PARA LA SALUD

Página 1 de 1

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

| Nombre: | | | | Apelli | Apellido: | | |
|--------------|-------|-----------------|---|-----------|-----------|----|--|
| Documento: | | | | HC: | HC: | | |
| Nacimiento: | | | | Edad: | Edad: | | |
| Ciudad: | | | | Regió | Región: | | |
| Ocupación: | | | | Teléfono: | | | |
| Obra Social: | | Número: | | | | | |
| Derivante: | | | | | | | |
| | | | | CA DI | PROSTATA | | |
| PSA: | ng/mL | Gleason: | + | = | TNM: | E: | |
| Karnofsky: | | Comorbilidades: | | | | | |