



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL TRABAJO Y  
SEGURIDAD SOCIAL  
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD

HISTORIA  
A ☐ CONSULTA  
☐ REFERENCIA

DE:  
HAGASE POR DUPLICADO SI VA FUERA DEL ESTABLECIMIENTO

1. PARA EL:	CENTRO ASISTENCIAL:	SERVICIO:			
2. DEL:	CENTRO ASISTENCIAL:	SERVICIO:			
3. REFERENCIA:	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: <i>Ulmar Rodriguez</i>		Nº DE HISTORIA:	SEXO: FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/>	EDAD: <i>36</i>
	PISO:	ALA:	SALA O CUARTO:	CAMA:	(SI ESTA HOSPITALIZADO)
	DIRECCIÓN: (SI ES PARA EL SERVICIO DOM. PROGRAMADO)				
	REPOSO: (FUERA HOSP.) _____ DIAS				

4. DATOS: MOTIVO DE CONSULTA O HISTORIA / HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS / DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN Y RECOMENDACIÓN

*Paciente masculino de 36 años de edad, quien  
presenta un Síndrome de Hodgkin, quien amerita  
el tratamiento en quimioterapia esquema  
ABGO.*

FECHA: <i>10/10/17</i>	NOMBRE DEL MÉDICO: <i>Alba Fúez</i>	REGISTRO MSDS Nº: <i>42877</i>	FIRMA: <i>af</i>
---------------------------	--	-----------------------------------	---------------------

Guaymas 06-11-2017

Rafael Celler.  
Gobernador.

Reciba un Cordial Saludo,  
patriótico y Revolucionario. Por medio  
de la presente Solicito de su  
ayuda para poderme realizar mis  
respectivas quimioterapias, las cuales  
no me he podido realizar motivado a  
que no cuento 3 Apoyantes las  
cuales estan especificadas en el  
informe medico; espero me pueda ayudar



Vilmary Rodriguez

17. 28147

7 / 0414-5748166

Barrio la Arroyosa Calle 10  
7 y 8 al lado

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
CEDULA DE IDENTIDAD

V 17.618.147

MM750  
Anabel Jimenez  
Director

APELLIDOS RODRIGUEZ MEJIAS  
NOMBRES VILMARY COROMOTO  
*Vilmary Rodriguez*

21-03-81 SOLTERA  
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

29-09-15 09-2025  
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO




*Hand 10 1°  
7 y 8 al*





MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA EL PROCESO SOCIAL DE TRABAJO  
INSTITUTO VENEZOLANO DE LOS SEGUROS SOCIALES  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD  
DIRECCIÓN DE FARMACO-TERAPÉUTICA

FORMA 15 179

1. FECHA DE SOLICITUD		
DÍA 10	MES 10	AÑO 17
2. NÚMERO DE HISTORIA		

FICHA FARMACÉUTICA PATOLOGÍAS DE ALTO COSTO  
(HIEGATO-ONCOLÓGICAS, REUMATOLOGÍA CLÍNICA, ASMA DE DIFÍCIL CONTROL Y HORMONA DE CRECIMIENTO)  
(LLENAR CON LETRA MAYÚSCULA)

PARTE I: DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD				MUNICIPIO		ESTADO			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		LOCALIDAD		PARROQUIA		MUNICIPIO		ESTADO	
Hospital Piquel		Ciudad Guarema				Guarema		Portuguesa	
PARTE II: DATOS DEL PACIENTE				FECHA DE NACIMIENTO		LUGAR DE NACIMIENTO		EDAD	
APELLIDOS Y NOMBRES		CÉDULA DE IDENTIDAD		DÍA		MES		AÑO	
Rodríguez Wilmar		17.618.142		21		03		81	
SEXO		PESO		ESTATURA		SUPERFICIE CORPORAL		OCCUPACIÓN	
<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		56		1.57		1.60		Oficinas del Hogar	
DIRECCIÓN COMPLETA DE RESIDENCIA									
Calle Oeishi Barrera 748 N. 7-23									
LOCALIDAD				MUNICIPIO				ESTADO	
Guarema				Guarema				Portuguesa	
N° DE TELÉFONO RESIDENCIAL				N° DE TELÉFONO MÓVIL				N° DE TELÉFONO DE FAMILIAR	
				0414 7082557				0414 5748166	

PARTE III: DIAGNÓSTICO											
Síndrome de Hirsutismo y Esclerosis Nodular											
PARTE IV: TRATAMIENTO Y ESQUEMA INDICADO											
FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO			N° CICLOS ESTIMADOS			INTERVALO POR CICLO			TIPO DE PRESCRIPCIÓN		
DÍA 10			MES 10			AÑO 17			N° CICLOS ESTIMADOS VIII		
						1.5			<input checked="" type="checkbox"/> PÍCULO <input type="checkbox"/> CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> RESOLUCIÓN		
PRODUCTO FARMACÉUTICO PRINCIPIO ACTIVO			PRESENTACIÓN			DOSIS APLICAR (CONCENTRACIÓN POR M2/KG PESO)			DÍAS DE APLICACIÓN		
Ondasetron			8 mg			8 mg			D1 - D15		
Erend			120/80			120/80 mg			D1 - D15		
Adriamycin			50			25 mg/m <sup>2</sup>			D1 - D15		
Cardioxane			500			1-20			D1 - D15		
Vindastine			10 mg			6 mg x m <sup>2</sup>			D1 - D15		
Bismicina			15 ucl			10 ucl x m <sup>2</sup>			D1 - D15		
Dacarbazine			500/250			375 mg x m <sup>2</sup>			D1 - D15		
Neupogen			300			300 mcg x kg			D1 - D15		

PARTE V: DATOS DEL MÉDICO TRATANTE							
APELLIDO Y NOMBRE		N° DE CÉDULA DE IDENTIDAD		ESPECIALIDAD		FIRMA Y SELLO	
Meléndez Alba		9.333007		Hematología		LP	
N° DE REGISTRO MPPS		N° DE TELÉFONO MÓVIL		N° DE TELÉFONO DEL LUGAR DE TRABAJO		CORREO ELECTRÓNICO	
42877		0424581123				dinorahmz@hobmael.com	
OBSERVACIONES							

PARTE VI: DATOS DE LA FARMACIA DE ALTO COSTO											
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO AUTORIZADO PARA RECEPCIÓN									
PESO		TALLA		FECHA DE RECIBIDO		APELLIDO Y NOMBRE DEL (LA) FUNCIONARIO (A)		FIRMA		SELLO DE LA FARMACIA	

14/10/17