

Nombre y Apellido: Pepito López Fecha Nac. 28 / 05 / 1993Beneficiario N°: 1203Fecha de inicio de la enfermedad 15 / 9 / 2015 Peso: 73 kg Talla: 175 cm

RESUMEN DE HC: _____

Lorem Ipsum is simply dummy text of the printing and typesetting industry. Lorem Ipsum has been the industry's standard dummy text ever since the 1500s, when an unknown printer took a galley of type and scrambled it to make a type specimen book. It has survived not only five centuries, but also the leap into electronic typesetting, remaining essentially unchanged.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
droga1	dosis1	tiempo1	resultados1
droga2	dosis2	tiempo2	resultados2
droga3	dosis3	tiempo3	resultados3

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados
droga4	dosis4	tiempo4	resultados4
droga5	dosis5	tiempo5	resultados5

LABORATORIO ESPECÍFICO ACTUAL: SEROLOGÍA REUMÁTICA Y REACTANTES DE FASE AGUDA

Factor R: B VSG: vsg PCR: pcr Anti-CCP: cpp

Adjuntar protocolos de laboratorio firmados por bioquímico.

Ante factor reumatoideo y anti-CCP negativos, remita imágenes Rx originales de manos y pies.

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis
farmaco1	presentación1	dosis1
farmaco2	presentación2	dosis2
farmaco3	presentación3	dosis3

* Monodroga: ☒ SI ☐ NO Asociada con: block texto none

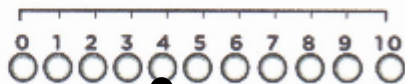
Articulaciones	IZQUIERDO		DERECHO	
	Dolorosas	Inflamadas	Dolorosas	Inflamadas
Hombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MCF 1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MCF 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IFP 2	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IFP 3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IFP 4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
IFP 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Rodillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
SUBTOTAL	4	5	5	6

TOTAL

Dolorosas: 9Inflamadas: 11DAS 28: 13HAQ: 0.35

Adjuntar formulario con firma y aclaración del paciente.

VAS global del paciente

Orán

LUGAR

2022-09-27

FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE

Tel: 333333333Mail: pepe@correo.com

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.