



Solicitud de Tratamiento.

Paciente con
Hemofilia A y B

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE

Nombre y Apellido:	
Edad:	Nº Afiliado:

Tipo de Hemofilia: A ☐ B ☐ Nivel:

Inhibidor: Si ☐ No ☐

Antecedentes:

Números de hemartrosis previas y localización: (último estudio y fecha)

.....

.....

.....

.....

.....

Determinación de inhibidores anteriores al inicio:

Fecha: / /

Resumen de Historia Clínica:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Auditoría (autorizado o denegado): _____

PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	