



Planilla de Medicamentos
INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

VERSION.202001

SOCIO PLAN FECHA: / /

A) DATOS DEL ASOCIADO

APELLIDO, NOMBRE:

EDAD: PESO: TALLA: IMC: SEXO: M F

TELÉFONO: CELULAR: MAIL:

B) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

APELLIDO, NOMBRE: MATRICULA: ESPECIALIDAD:

C) DIAGNÓSTICOS

Fecha de diagnostico: / /

Módulo 1: Primer tratamiento Módulo 4: Transmisión Vertical
Módulo 2: Fallo terapéutico Módulo 5: Enfermedades Oportunistas
Módulo 3: Multifallo Módulo 6: Seguimiento

D) DATOS DE PRESCRIPCIÓN

COBERTURA	MONO DROGA DENOMINACIÓN	Presentación MG/COMP. EJ. (XX MG /XX COMP.)	NOMBRE COMERCIAL	COMPRIMIDOS X DÍA	CAJAS AL MES	CICLO EJ. (12 MESE)

F) INFORME ESTUDIOS DE LABORATORIO:

ULTIMA CARGA VIRAL: ULTIMO CD4:

OTROS:

USO INTERNO FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR MESES
FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA

FARMACIA ASIGNADA PLANILLA RECEPCIONADA POR: