



Planilla de Medicamentos
INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

VERSIÓN 202410

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	MONODROGA DENOMINACIÓN	Presentación MG/COMP. EJ. (XX MG /XX COMP.)	NOMBRE COMERCIAL	COMPRIMIDOS X DÍA	CAJAS AL MES	CICLO EJ. (12 MESES)

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando exclusivamente el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica dosis/unidad con detalle del grado de concentración. Ley 25649 - Decreto 63/2024

F) INFORME ESTUDIOS DE LABORATORIO:

ULTIMA CARGA VIRAL: ULTIMO CD4:

OTROS:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

USO INTERNO

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA TRATAMIENTO AUTORIZADO POR MESES

FARMACIA ASIGNADA PLANILLA RECEPCIONADA POR: