

**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 2: Fallo terapéutico

Módulo 3: Multifallo

  
  

Módulo 4: Transmisión Vertical

Módulo 5: Enfermedades Oportunistas

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

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR MESES

FIRMA Y SELLO DE AUDITORIA MEDICA

FARMACIA ASIGNADA

PLANILLA RECEPCIONADA POR: