



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Resumen de Historia Clínica Tirosinemia Hereditaria Tipo I

### DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: ..... DNI: ..... EDAD: .....

NRO. AFILIADO: ..... FECHA DE NACIMIENTO: .....

### DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO: .....

FECHA DE DIAGNÓSTICO: ..... TIEMPO DE EVOLUCIÓN: .....

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ESTADO ACTUAL

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

### TRATAMIENTO INDICADO:

FECHA DE INICIO TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

DROGA/S: \_\_\_\_\_

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA ( si es rotación indicar motivos): \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_ DOSIS DIARIA: \_\_\_\_\_ DOSIS MENSUAL: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO DIETARIO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma y sello medico tratante .....

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA  
R.N.O.S. 1-0740-4

## Resumen de Historia Clínica Tirosinemia Hereditaria Tipo I

**Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:**

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Estudios genéticos (si correspondiera).
- Otros estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico.
- Laboratorio de aminoácidos y ácidos orgánicos.

**TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS**

**CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO:** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Firma y sello médico tratante ..... Matrícula n°: .....

Fecha: / /