

PROGRAMA DE REEMPADRONAMIENTO OMS 042

NOTA: Los datos aportados en esta planilla revisten carácter de Declaración Jurada.

1) DATOS DEL AFILIADO /

Nombre y Apellido (completo) o iniciales: _____

Sexo F M N° de Afiliado: _____ Edad: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Partido: _____ Teléfono: _____

2) DATOS DEL MÉDICO TRATANTE /

Nombre y Apellido: _____ Matrícula N° _____

Especialidad: _____ Teléfono: _____

Institución: _____ Domicilio: _____

3) HISTORIA CLÍNICA /

Diagnóstico 042 _____ Wblott _____ Fecha: ___ / ___ / ___ Protocolo N° _____

Cd4 _____ Fecha: ___ / ___ / ___ C. Viral: _____ Fecha: ___ / ___ / ___

4) ENFERMEDADES ASOCIADAS /

Hepatitis	
Hepatitis C	
TBC	
Toxoplasmosis	
Neumonía por PCP	

Otras: _____

Embarazo: SI NO Semanas: _____

5) TRATAMIENTO /

NUCLEOSIDOS

Lamivudine	
Abacabir	
Zidovudina	
Stavudina	
Didanosina	
Tenofovir	

NO NUCLEOSIDOS

Nevirapina	
Delavirdina	
Efavirenz	

INH DE PROTENSA

Amprenavir	
Atazanavir	
Indinavir	
Lopinavir	
Nelfinavir	
Ritonavir	
Saquinavir	

Otros: _____

1° Tto: _____ 2° Tto: _____ 3° Tto: _____ Otros/ _____

6) TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO /

TMS	
Pirimetamida	
Sulfadialazina	
Leucovorina	
Azitromicina	
Itraconazol	

Otros: _____