JERÁRQUICOS

VIH-SIDA

HISTORIA CLÍNICA - RESUMEN

DATOS DEL AFILIADO

Obra Social: .....

Código del Paciente: ..... Sexo: **F** ☐ **M** ☐

Lugar de Residencia: .....

Fecha de Diagnóstico: .....

ESTADO CLÍNICO

Estado Clínico: **A1** **A2** **A3** **B1** **B2** **B3** **C1** **C2** **C3**

Accidente Laboral: **SÍ** ☐ **NO** ☐ Embarazo: **SÍ** ☐ **NO** ☐

Vacunas aplicadas los últimos tres meses: .....

.....

.....

Lugar de atención: .....

Notificación Programa Nacional de SIDA: **SÍ** ☐ **NO** ☐ N° de Expediente: .....

Fundamento Médico: .....

.....

.....

_____ / / _____

FECHA **FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE**

REV. 1 - OCTUBRE 2014

Av. Fdo. Zuviría 4584 - Santa Fe (3000) / 0800 555 4844 / 0342 450 4800 / informes@jerarquicossalud.com.ar / www.jerarquicossalud.com.ar