



PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

TIPO	NUMERO
DNI	
LE	
LC	
OTRO	

APELLIDO Y NOMBRES DEL PACIENTE

DOMICILIO	LOCALIDAD	PARTIDO
TELEFONO	FECHA DE NACIMIENTO	

ESQUEMA PROPUESTO
1° FASE
2° FASE

R.P./	COD	CANT
1°	83	
2°	87	
3°	91	
4°	95	

FECHA DE PRESCRIPTA		
DIA	MES	AÑO
FECHA DE COMIENZO		

EDAD	PESO (Kg)	SEXO	
		F	M

MOTIVO DE EXAMEN	
SINTOMATICO	
EX. SALUD	
CONTACTO	

BCG	
SI	NO
FECHA 1 DOSIS	

ANT. TRAT. ANTITUB.	
ORIGINAL	
RETRATAMIENTO	

LOCALIZACION			
PULMONAR		EXTRAPULMONAR	BACTER. ACTUAL
CLASIFICACION RADIOLOGICA			
USC Pulm. Unilat. Sin caverna		MENINGEA	DIRECTO POSITIVO
BSC Pulm. Bilat Sin Caverna		PLEURAL	CULTIVO POSITIVO
UCC Pulm. Unilat. Con caverna		OSTEOARTICULAR	DIRECTO NEGATIVO
BCC Pulm. Bilat con Caverna		DIGESTIVA	CULTIVO NEGATIVO
Primaria		GANGLIONAR	NO INVESTIGADO
		UROGENITAL	BIOPSIA POSITIVA
		OTRAS	

DIAGNOSTICO	
PRESUNTIVO	
CONFIRMADO	

ZONA SANITARIA

ESTABLECIMIENTO

PART. DE ASIST

AMBULATOTRIO	
INTERNADO	
FECHA INTERNACION	

CONTINUO	
INTERMITENTE	

OBSERVACIONES: _____

TRASLADO DE: _____

DERIVADO A: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO