

**LEY 10.436 AMPARO AL ENFERMO TUBERCULOSO
PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

HISTORIA CLÍNICA N°

APELLIDO **NOMBRES** **FECHA DE NACIMIENTO**

Enfermedad (es) (no TBC) o minusvalías actuales del paciente que limiten su capacidad laboral:

.....

.....

Antecedentes de TBC: SI NO Año:

Comienzo de la enfermedad actual: / /

Síntomas:

TOS SI NO

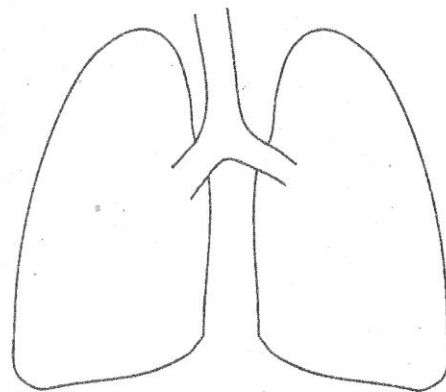
CATARRO SI NO

PIEBRE SI NO

HEMOPTISIS SI NO

PÉRDIDA DE PESO kg.

OTROS:



**dibujar
lesiones**

Radiología

- unilateral sin caverna
- bilateral sin caverna
- unilateral con caverna
- bilateral con caverna

Pulmonares:

- USC
- BSC
- UCC
- BCC
- PLEURAL
- PRIMARIA

Extrapulmonares:

- meningea
- osteoarticular
- digestiva
- ganglionar
- urogenital
- otras

Bacteriología: D: C: Fecha / /

Informe histopatológico:

Otros exámenes:

Tratamiento indicado: drogas y duración:

.....

.....

- Fecha de inicio de tratamiento: / /

- Fecha de finalización propuesta: / /

Establecimiento remitente:

