

• Datos personales de la persona beneficiaria (por favor completar en letra clara)

Apellido Nombre Legajo
Género D.N.I. N° Fecha de Nacimiento
Edad Peso Kg. Altura cm. Superficie corporal m2

DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

.....

.....

.....

.....

• Detalles del tratamiento

Fecha de inicio	Fecha de finalización	Frecuencia de reevaluación del tratamiento
...../...../.....	/...../.....	

¿Con internación? ☐ SI ☐ NO

Monodroga (no usar nombre comercial)	Presentación	Dosis	Frecuencia

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y sello del profesional tratante

.....
Teléfono del consultorio y celular

• Observaciones Auditoría Médica DASUTeN:

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello del profesional de Auditoría Médica