D.A.S.U.TeN.
Dirección de Acción Social de la Universidad Tecnológica Nacional

ENFERMEDADES CRÓNICAS (FORMULARIO DE TRATAMIENTO)

UTN
Universidad Tecnológica Nacional

• Datos personales del Beneficiario (por favor completar en letra clara)

Apellido _____ Nombre _____

Sexo _____ 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	Frencuencia

..... Lugar y Fecha

..... Firma y sello del médico tratante

..... Teléfono del consultorio y celular

• Observaciones Auditoría Médica DASUTeN:

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello del profesional Auditor Médico