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

PERSONAS CON DISCAPACIDAD (FORMULARIO DE TRATAMIENTO)

UTN
Universidad Tecnológica Nacional

Anexo IV

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

Apellido | Nombre | Legajo

Nacionalidad | D.N.I. N° | Fecha de Nacimiento

Edad | Peso Kg. | Altura cm. | Superficie corporal m2

DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

.....

EVOLUCIÓN **FECHA:** ...../...../.....

.....

.....

.....

• Detalles del tratamiento

Fecha de Inicio	Fecha de Finalización	Frecuencia de reevaluación del tratamiento
...../...../.....	...../...../.....	

¿Con internación? ☐ SI ☐ NO .....

Monodroga (no usar el nombre comercial)	Presentación	Dosis	Frencuencia

....

Lugar y Fecha | Firma y sello del médico tratante | Teléfono del consultorio y celular

• Observaciones Auditoría Médica DASUTeN:

.....

.....

.....