

ANEXO 4:

FICHA Médico TRATANTE/ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: _____

1. Diagnósticos:
2. Tiempo desde el diagnóstico
3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico _____

4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca: bajo alto
5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: si no
6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento: si no

7. Tratamiento:

Medicamentos: _____

Otro: _____

Tiempo con ese esquema de tratamiento:

Adherencia al tratamiento: si no

Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: si no
¿Cuáles? _____

8. Evolución satisfactoria de la enfermedad: si no

9. Control regular si no

10. Daño a órganos blanco si no

11. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted?

Firma y timbre médico tratante