

Programa médico de leches medicamentosas



Datos del socio:

Nombre(s) y Apellido(s): Número de afiliado:
Teléfono: 0 Celular: 0 15 E-mail:
Fecha de nacimiento:/...../..... Género: F M
Edad gestacional: Peso y talla al nacer:

Diagnóstico presuntivo:

Síntomas:

Edema de Glotis	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Malabsorción	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Retardo de crecimiento	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anafilaxia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Diarrea crónica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Laringitis	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Angioedema	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Constipación	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bronquitis obstructiva	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Coloproctitis	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dermatitis atópica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Eosinofilia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Anemia crónica	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hipoalbuminemia	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Estudios:

IgE (Valor):
Biopsia (incluir resultado):
Otros:

Tratamiento previo:

Ninguno	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hidrolizados parciales	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Soja	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dieta de exclusión	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hidrolizados extensos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Aminoácidos	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

FÓRMULA	TAMAÑO (GR)	CONSUMO MENSUAL	% COBERTURA (para uso exclusivo de AM Hominis)

Datos del médico tratante:

Solo médicos de la cartilla de Hominis, Consultorios Morón, Sanatorio Güemes (todas las sedes)

Nombre(s) y Apellido(s): Teléfono: 0
Matrícula provincial N°: Provincia:
Lugar y fecha de presentación:

Firma y sello médico

Firma del padre, madre o tutor

Reservado para HOMINIS

N° de autorización:

Vencimiento: / / .

Válido por 3 meses – Dispensa Mensual