

REGISTRO DE CONTRAREFERENCIA - PROGRAMA INTEGRAL DE ARTRITIS REUMATOIDEA

Datos Antropométricos:

Apellido y nombre: _____ *Edad: _____

Afiliado OSEP N°: _____ *Documento N°: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____/

Email: _____ Teléfono: _____

Discapacidad: Adj. Res. Discapacidad

Consultas Médicas:

1ra. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Consultas Médicas:

2da. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Consultas Médicas:

3ra. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Consultas Médicas:

4ta. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Consultas Médicas:

5ta. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Consultas Médicas:

6ta. Días ____/Mes ____/Año ____/ VSG: _____
 PCR (CUANTITATIVO) _____

Tratamiento NO Farmacológico Efectuado

Actividad Física: _____ Nutrición: _____

Psicología: _____ Otros: _____

Fisiatría: _____

Quirúrgicos: _____

Drogas Modificadas de la Enfermedad

DROGA	DOSIS	TIEMPO	MOTIVO DE SUSPENSIÓN

Drogas Biológicas

DROGA	DOSIS	TIEMPO	MOTIVO DE SUSPENSIÓN

Observaciones: _____

Nombre del profesional: _____ MP: _____

Firma y Sello

