

Resumen de Historia Clínica para la solicitud de Hormona de Crecimiento

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____ Edad: _____

N° de afiliado: _____ Sexo: F M Inicio de tratamiento: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Nivel de hormona al comienzo del tratamiento: _____

Percentilo al nacer (en caso de RCIU): _____

FECHA							
Edad cronológica							
Velocidad Crec. (cm/año)							
Peso (Kg)							
Edad ósea (años)							
Percentilo							
Desarr.Genital (G/M-TD/TU-VP)							
Cartílagos cerrados							
Tratamiento							

Trat. solicitado: _____ Dosis Diaria: _____ Dosis mensual: _____

Tiempo estimado de tratamiento: _____

Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades _____

Firma y sello del Médico:

Fecha: ____/____/____