

<b>RNOS:</b>									
CÓDIGO PACIENTE:			SEXO: F / M				FECHA:		
FECHA DE DIAGNÓSTICO:									
LUGAR DE RESIDENCIA:									
ESTADO CLÍNICO:    A1    A2    A3    B1    B2    B3    C1    C2    C3									
ACCIDENTE LABORAL: SI    NO			EMBARAZO: SI    NO						
VACUNAS APLICADAS ÚLTIMOS 3 MESES: SI    NO			CUÁLES: _____						
LUGAR DE ATENCIÓN:									
FICHA DE NOTIFICACIÓN HIV - SIDA DEL MINISTERIO DE SALUD: SI    NO									
Nº DE EXPEDIENTE:									

## RECuento DE LINFOCITOS

## CARGA VIRAL

FECHA				FECHA			
Nº ABSOLUTOS				RESULTADO			
%				LOG			
MÉTODO				MÉTODO			

## ESQUEMAS DE TRATAMIENTO: Según corresponda, detallar y justificar.

Esquemas de tratamientos previos, períodos, efectos adversos, abandono, suspensiones y cambios. Causas de toxicidad y/o fallos. Consignar test de resistencia. Detallar esquema actual.


## Fundamento Médico:


## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PLAN DE TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR HIV

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Código del Paciente: \_\_\_\_\_

Obra Social: \_\_\_\_\_

Nº Afiliado: \_\_\_\_\_

Por una parte el que suscribe \_\_\_\_\_ en mi carácter de Beneficiario/  
Representante, manifiesto en forma expresa que acepto el Plan de Tratamiento consistente en:  
\_\_\_\_\_ propuesto por el Profesional, a partir de/desde  
el mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, quien me ha explicado y lo he comprendido  
perfectamente, para el tratamiento según diagnóstico de \_\_\_\_\_.

Por otra parte \_\_\_\_\_ en mi carácter de profesional actuante certifico  
que he explicado los objetivos del Plan de Tratamiento propuesto, me he ofrecido a contestar cualquier  
duda y he respondido en su totalidad las preguntas realizadas por el Beneficiario/Representante que las  
ha atendido completa y satisfactoriamente.

Firma del Beneficiario/Representante: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico Tratante: \_\_\_\_\_