



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN PARA HANSEN

Centro Periférico: _____ Fecha: _____

DATOS DEL PACIENTE		
Nombre y apellido:		
C.I.:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Domicilio:	Tel.:	
Localidad:		
DIAGNÓSTICO		
Episodio reaccional (marcar)	Tipo 1 <input type="checkbox"/>	Tipo 2 <input type="checkbox"/>
Grado de discapacidad (marcar)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Caso nuevo (marcar):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Caso denunciado (marcar):	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio del tratamiento:		

Nº Contactos detectados:	Nº Contactos controlados:
--------------------------	---------------------------

MÉDICO TRATANTE	
Nombre y apellido:	
Nº Caja Profesional:	Teléfono:

SOLICITUD DE MEDICACIÓN (marcar)	
MDT-Multibacilar <input type="checkbox"/>	MDT-Paucibacilar <input type="checkbox"/>
Clofazimina 100 mg. <input type="checkbox"/>	Clofazimina 50 mg <input type="checkbox"/>

Firma del médico tratante _____

Autorización CHLA-EP _____