Bmé. Mitre 1906 - C.A.B.A. - C.P. C1039AAD - RNOS: 1-0080-9
Tel.:+54 11 49537277, Fax: + 54 11 4953-7422
osa@aeronavegantes.com info@aeronavegantes.com

Obra Social de Aeronavegantes

2-RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA ESPECÍFICA PARA VIH-SIDA

Obra Social:

Código del Paciente: Sexo: F M

Fecha de Diagnóstico: Lugar de Residencia:

Estado Clínico: Al A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3

Accidente Laboral: SI NO Embarazo: SI NO

Vacunas aplicadas los últimos tres meses:

Tratamiento actual: Tratamiento anterior:

Recuento de CV: Fecha:

Recuento de CD4: Fecha:

Lugar de Atención:

Notificación Programa Nacional de SIDA: SI NO Número de Expediente:_____

Fundamento Médico: _____

_____

_____

Fecha: Firma y sello del Médico tratante: