



IOSCor
Instituto de obra Social
de Corrientes

PLAN DE ASMA BRONQUIAL
SOLICITUD PARA INGRESO Y/O RENOVACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

FECHA NAC.:

EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD

TELEFONO:

CORREO ELECTRÓNICO(IMPORTANTE):

ANTECEDENTES PERSONALES Y DATOS CLÍNICOS RELEVANTES:

TRATAMIENTOS RECIBIDOS, RESPUESTAS, TOLERANCIA, EFECTOS ADVESOS

ENFERMEDAD ACTUAL (ACT)

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

BIOQUÍMICOS

HEMOGRAMA

GR: _____ /mm³

HTO: _____ Hgb: _____

GB: _____ /mm³

Formula Neu: _____

Bas: _____

Eo: _____ Linf: _____

VSG: _____

SOLO AL INGRESO:

Dosaje de IgE: _____

Examen coproparasitológico Selado Test de Graham: _____

Medicos: Examen funcional respiratorio:

PEF (variabilidad diaria): _____

DIAGNOSTICO: _____

EVOLUCION DE CONTROL: _____

PLAN TERAPEÚTICO INDICADO			
	DROGA/S	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA
RP1			
RP2			
RP3			

FECHA _____

APELLIDO Y NOMBRE PROFESIONAL _____

MATRICULA _____

FIRMA
