

CONTROL REUMATOLOGICO

N° Ficha: _____

NOMBRE: _____ Fecha: _____

S **SUBJETIVO:** Problema principal _____

Otros problemas _____

Revisión de Sistemas:

General

Card.

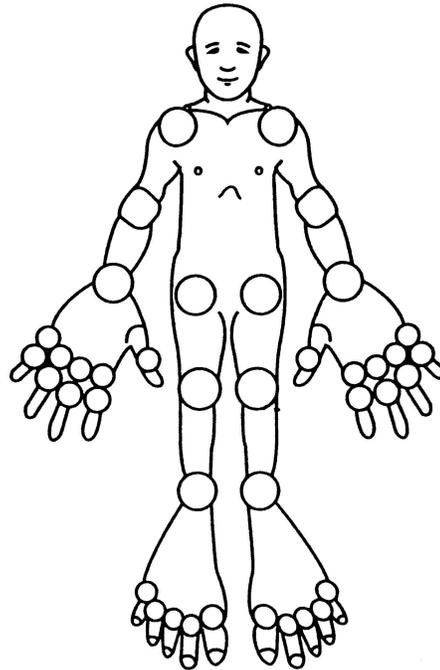
Resp.

G.I.

Urinario

Músculo - esquelético

Efectos 2° de los medicamentos



O **OBJETIVO:**

Exámen (ver Flujograma):

Exs. de laboratorio (ver Flujograma):

Rayos X: (ver copia en la ficha):

Densitometría: (ver hoja de densitometrías)

Cintigrafía: (ver copia en la ficha):

A **EVALUACION:** Idem (ver lista de Problemas)

P **PLAN:**

Visita de retorno: SOS _____ Semanas _____ Meses _____

Vuelta a su médico _____ con Exámenes _____