

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA)

CONTRAREFERENCIA: UNIDAD A LA QUE SE ENVIA <u>JEDU Jose Viera</u> DELEGACION _____	
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA DIA _____ MES _____ AÑO _____	FECHA DE ALTA DEL SERVICIO <u>33/12/2021</u> DIA _____ MES _____ AÑO _____
DIAGNOSTICO(S) INICIAL(ES) _____ _____	DIAGNOSTICO(S) FINAL(ES) <u>5/11/2021</u> _____
TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS _____	CODIGO CIE _____

RESUMEN CLINICO

MAJIC 46 años
lo + fibr.
Derec evolucion Fractur.
Consolidar
Plan Aaa A Carga

PRONOSTICO: Se recomienda

LA INFORMACION SIGUIENTE ES FUNDAMENTAL PARA EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS AL PACIENTE EN LA UNIDAD MEDICA DE ORIGEN

INDICACIONES DE USO DE MEDICAMENTOS:	MEDICAMENTOS		
NOMBRE GENERICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACION	REQUERIMIENTO MENSUAL
	<u>Do Marcha de P. Pedasacia</u>	<u>prolongada</u>	
	<u>Do carson obdeto</u>	<u>> 10 Kgs</u>	
	<u>Celecoxib 200</u>	<u>1x1d</u>	

OTRAS MEDIDAS TERAPEUTICAS DE CONTROL _____

INCAPACIDAD:

NO AMERITA INCAPACIDAD ☐

DEBE CONTINUAR CON INCAPACIDAD SI ☐ NO ☐

REQUIERE DE NUEVA VALORACION SI ☐ NO ☐

ULTIMA INCAPACIDAD OTORGADA
DIA _____ MES _____ AÑO _____

TIEMPO PROBABLE _____

CUANDO _____

NUMERO DE DIAS QUE AMPARA _____

RAMA DE SEGURO: _____

ENFERMEDAD GENERAL ☐ RIESGO DE TRABAJO ☐ ENLACE ☐ POSTNATAL ☐

MEDICO RESPONSABLE (NOMBRE, MATRICULA Y FIRMA)	MEDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA (NOMBRE, MATRICULA, CARGO Y FIRMA)
---	---