



**ANEXO 4:** FICHA Médico TRATANTE/ESPECIALISTA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

1. Diagnósticos: \_\_\_\_\_

2. Tiempo desde el diagnóstico \_\_\_\_\_

3. Resultado de exámenes asociados al diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Riesgo de perder el conocimiento en forma brusca:                      bajo     alto

5. Capacidad para realizar los movimientos voluntarios del manejo: si     no

6. Somnolencia diaria por enfermedad o tratamiento:                      si     no

7. Tratamiento:

Medicamentos: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Tiempo con ese esquema de tratamiento:

Adherencia al tratamiento: si     no

Reacciones adversas que ha presentado con ese medicamento: si     no

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

8. Evolución satisfactoria de la enfermedad: si     no

9. Control regular si     no

10. Daño a órganos blanco si     no

11. ¿En cuánto tiempo requiere una reevaluación por usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre médico tratante