

Paciente:

FECHA:

SEXO: **EDAD:** **IMC:** **Alergias:** **Nº Historia:**

ESTADO DE SITUACIÓN							EVALUACIÓN				I.F
PROBLEMAS SALUD			MEDICAMENTOS				N	E	S	SOSPECHA DE PRM	(fecha)
Desde	Problemas de Salud	Preo cupa	Inicio	Medicamento (p.a.)	Pauta	Cu/Co					

OBSERVACIONES:

Fecha	Parámetro	Valor