

**PAUTA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CRONICOS**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ C. I. \_\_\_\_\_

Teléfonos/s \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

Médico tratante \_\_\_\_\_ CPJ \_\_\_\_\_

Medicación	Concentración (mg)	Posología	Duración de la pauta

Firma y sello del médico \_\_\_\_\_

\* Se agradece letra legible

\*\* En caso de Psicofármacos se deberá anexar la receta correspondiente por todo el tratamiento

IMP. CILGRAF - 3.101 al 4.600 - 02/2018