

**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