

Alergias.....

Intolerancias.....

FECHA DE BAJA DEL PROGRAMA SPD (*)

MOTIVO: Defunción Hospitalización Cambio de domicilio Baja voluntaria

 Usado incorrecto Cambio a menudo de medicación Incumplimiento

ANEXO 5. FICHA DEL PACIENTE

CODIGO PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS PACIENTE: (*) FECHA DE NACIMIENTO: TELÉFONO (*)

SITUACIÓN DE DEPENDENCIA: LEVE – MODERADA – GRAVE

FAMILIAR CONTACTO TELÉFONO:.....

MÉDICO DE AP Y/O CENTRO DE SALUD:..... TELÉFONO:

-NOMBRE del médico PRESCRIPTOR (*) -AUTOMEDICACIÓN	MEDICAMENTO (*)	POSOLOGIA (*)	FECHA INICIO tratamiento (*)	FECHA FIN tratamiento (*)	INCLUIDO en SPD (*)	INCIDENCIAS / OBSERVACIONES

(*) Campos obligatorios

