

Fecha:

Datos del Beneficiario

NOMBRE:

APELLIDO:

DNI:

NUMERO DE BENEFICIARIO:

1. Resumen de Historia Clínica

2. Fecha de Diagnóstico (MM/AAAA):

3. Tratamientos Previos

	Tratamientos Previos de terapia antirretroviral	Marque con una X
1	Abacavir (ABC)	
2	Emtricitabina (FTC)	
3	Lamivudina (3TC)	
4	Tenofovir alafenamida (TAF)	
5	Tenofovir fumarato (TDF)	
6	Atazanavir	
7	Lopinavir/Ritonavir	
8	Bictegravir	
9	Darunavir	
10	Dolutegravir	
11	Doravirina	
12	Elvitegravir	
13	Raltegravir	
14	Rilpivirina	
15	Cobicistat	
16	Ritonavir	
17	Nevirapina	
18	Efavirenz	
19	Etravirina	
20	Maraviroc	
21	No realizó esquemas previos al presente	

Le informamos que este documento es de carácter obligatorio conforme a lo establecido en la Resolución 731/2023, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud. Dicha resolución establece la implementación y reglamentación de la plataforma SURGE (Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades) para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado. *Le agradecemos por su colaboración en este procedimiento.*

HIV01

Resumen de Historia Clínica
VIH



Fecha:

Datos del Beneficiario

NOMBRE:

APELLIDO:

DNI:

NUMERO DE BENEFICIARIO:

- 4. Constancia de denuncia al Programa de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación (adjuntar)**

- 5. Información Adicional**

- a. Ultima Carga Viral**
- b. Ultimo valor de CD4 en valores absolutos:**
- c. Ultimo valor de CD4 en valores porcentuales:**

Firma y Sello del Médico

Le informamos que este documento es de carácter obligatorio conforme a lo establecido en la Resolución 731/2023, emitida por la Superintendencia de Servicios de Salud. Dicha resolución establece la implementación y reglamentación de la plataforma SURGE (Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades) para el reconocimiento de las prestaciones asistenciales de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado. *Le agradecemos por su colaboración en este procedimiento.*

Casa Central: Av. Carlos Pellegrini 1291. Rosario. Santa Fe.

Sede: Av. Ing. Huergo 949 Piso 8 CABA

Tel. 0810 777 2571