



Medicación Habitual:

Complicaciones infecciosas de valor: Asper/KPC/germen multirresistente

TAC de Torax y senos paranasales sin contraste: Si/No

Suele tener herpes bucal? Si/No --- **Si no:** IgG para HSB I y II:

Tuvo Varicela en la infancia? Si/No --- **Si no:** IgG para VZV:

Antecedentes de TBC o contacto con algún familiar que haya tenido? Si/No

CMV IgG: _____ Monotest: _____ Hep A IgG: _____
HBsAg: _____ HBsAc: _____ HB Anticore: _____
Hep C IgG: _____ Toxoplasma IgG: _____ Chagas IgG: _____
VDRL: _____ FTA-ABS: _____ RK-39: _____

Coproparasitologico: _____

Urocultivo: _____

Evaluación Odontológica: Si/No

Evaluación Cardiológica: Si/No

Ecocardiografía FE y fecha: _____.-

Evaluación Dermatológica: Si/No

En caso de sexo femenino:

Evaluación Ginecológica: Si/No

BHCG: Si/No

Medico Tratante: _____

Contacto: _____

Correo Electrónico: _____