



NOTIFICACION DE MODIFICACION DE TERAPIA

CAMBIO DE TERAPIA

INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS

Instrucciones: Manejador de casos completará el formulario en su totalidad. No se aceptarán solicitudes incompletas.

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellidos _____

Nombre _____

Inicial _____

ADAP o HIAP _____

Favor indicar las razones clínicas que justifican la solicitud del cambio (favor escribir en letra de molde):

Indique con una marca de cotejo los medicamentos prescritos en la terapia **ACTUAL** y especifique la dosis:

- Aptivus _____ Atripla Biktarvi Cabenuva Combivir Complera Delstrigo Descovy
- Dovato Edurant Emtriva _____ Epivir _____ Epzicom Evotaz Fuzeon
- Genvoya Intelence Isentress _____ Isentress HD Juluca Kaletra _____
- Lexiva _____ Norvir _____ Odefsey Pifeltro Prezcobix Prezista _____
- Retrovir _____ Reyataz _____ Selzentry _____ Stribild
- Sunlenca Sustiva _____ Symtuza Tivicay Triumeq Trizivir Trogarzo
- Truvada Viracept _____ Viramune _____ Viramune XR Viread Ziagen _____

Otros: _____

Indique con una marca de cotejo los medicamentos prescritos en la terapia **NUEVA** y circule la dosis:

- Aptivus _____ Atripla Biktarvi Cabenuva Combivir Complera Delstrigo Descovy
- Dovato Edurant Emtriva _____ Epivir _____ Epzicom Evotaz Fuzeon
- Genvoya Intelence Isentress _____ Isentress HD Juluca Kaletra _____
- Lexiva _____ Norvir _____ Odefsey Pifeltro Prezcobix Prezista _____
- Retrovir _____ Reyataz _____ Selzentry _____ Stribild
- Sunlenca Sustiva _____ Symtuza Tivicay Triumeq Trizivir Trogarzo
- Truvada Viracept _____ Viramune _____ Viramune XR Viread Ziagen _____

Otros: _____

Medicamentos Categoría II:	Medicamentos Categoría III:
1 _____	1 _____
2 _____	2 _____
3 _____	3 _____

Nombre del médico (letra de molde): _____ #Lic. Médico: _____

Manejador de Casos: _____ Fecha: _____ / _____ / _____
mes día año

Clínica: _____ Teléfono: _____ Fax: _____