



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 Combivir Complera Crixivan (200mg; 400mg) Descovy Edurant
- Emtriva _____ Epivir _____ Epzicom Evotaz Fuzeon 90mcg/ml Genvoya Intelence
- Invirase Isentress _____ Isentress HD Kaletra _____ Lexiva _____
- Norvir _____ Odefsey Prezcobix Prezista _____ Retrovir _____
- Reyataz _____ Selzentry _____ Sustiva _____ Stribild Tivicay Triumeq
- Trizivir Trogarzo Truvada Videx EC _____ Viracept _____ Viramune _____
- Viread Zerit _____ Ziagen _____ Otros: _____

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

- Aptivus _____ Atripla Biktarvi Combivir Complera Crixivan (200mg; 400mg) Descovy Edurant
- Emtriva _____ Epivir _____ Epzicom Evotaz Fuzeon 90mcg/ml Genvoya Intelence
- Invirase Isentress _____ Isentress HD Kaletra _____ Lexiva _____
- Norvir _____ Odefsey Prezcobix Prezista _____ Retrovir _____
- Reyataz _____ Selzentry _____ Sustiva _____ Stribild Tivicay Triumeq
- Trizivir Trogarzo Truvada Videx EC _____ Viracept _____ Viramune _____
- Viread Zerit _____ 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: _____