Fecha: …………………………………………………………

Médico a cargo: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Institución: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Iniciales del paciente: ………..… DNI: ………….……………… Sexo: M🞏 F 🞏 Fecha de nacimiento: …………………………..

Fecha de diagnóstico: ………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Severidad: Leve🞏 Moderada 🞏 Severa 🞏

Compromiso articular: Si 🞏 No 🞏

Comorbilidades: CV 🞏 Obesidad 🞏DBT 🞏 Alcohol 🞏Tabaco 🞏Depresión 🞏Dislipemia🞏

Tratamientos realizados:

 Tópicos: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Sistémicos: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Fototerapia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Tratamiento actual: …………………………………………………………………………………………………………………………………………....

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………