



**ANTECEDENTES PERSONALES**

**CARDIOVASCULARES**

- No  Si  
 Cardiopatía congénita  
 Cardiopatía valvular  Otras \_\_\_\_\_  
 Insuficiencia cardíaca

**RESPIRATORIOS**

- No  Si  
 Asma  TBC  
 NA  
 Otros \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICOS**

- No  Si  
 Especificar \_\_\_\_\_

**ENDOCRINO METABÓLICOS**

- No  Si  
 Diabetes  Obesidad  
 Hipotiroidismo  Otros  
 Hipertiroidismo

**INFECCIONES**

- No  Si  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**CIRUGIA RECIENTE (< de 6 meses)**

- No  Si  
 Especifique: \_\_\_\_\_

**NEFRO UROLÓGICOS**

- No  Si  
 Insuficiencia renal  Infección urinaria  
 Otros

**DIGESTIVOS**

- No  Si  
 Hepatopatía  Hepatitis  
 Enfermedad celiaca  Otras

**HEMATOLÓGICOS**

- No  Si  
 Trastornos hemorrágíparos  Anemia  
 Estados trombofílicos  Otros

**OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

- Si Cual \_\_\_\_\_  
 No

**NEOPLASIAS**

- No  Si Fecha \_\_\_\_\_  
 Cual \_\_\_\_\_  
 Localizada  
 Diseminada Espec. \_\_\_\_\_

**OTROS**

- No  Si  
 HIV  
 Varicela  
 Tabaquismo  
 Consumo de drogas  
 Alcoholismo  
 Otros

**TRATAMIENTOS Recibidos**

Tratamiento	Inicio (Fecha)	Finalización (Fecha)	Causa de suspensión	Dosis
AINE*				
Corticoides				
Metotrexate				
Sulfasalacina				
Ciclosporina				
Adalimumab				
Etanercept				
Infliximab				
Golimumab				
Tocilizumab				
Otros. Especifique: _____				
_____				

\* especificar cual \*\*especificar dosis indicada y dosis acumulada

Quimioprofilaxis para BK:  No  Si

Indicada por:  PPD  
 Booster  
 IGRA  
 AP de tuberculosis  
 RxTx patológica  
 Otro

### **TRATAMIENTO PROPUESTO**

Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Talla (cm): \_\_\_\_\_

<b>Drogas</b>	<b>Si (x)</b>	<b>Dosis (mg)</b>	<b>Cada cuantas semanas</b>
Adalimumab			
Infliximab			
Etanercept			
Tocilizumab iv			
Tocilizumab sc			
Golimumab			

Asociado a \_\_\_\_\_ (FAME,dosis, vía, frecuencia)

**Consideraciones que juzgue relevantes:**