



## **Formulario de Información y documentación requerida para actualización semestral**

**Afiliado:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

### **1. Resumen de Historia Clínica de Seguimiento**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### **2. Score PASI (Psoriasis Area Severity Index) de Seguimiento**

Valor PASI: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### **3. Actualización de la Información Médica**

#### **Cambio de tratamiento**

☐ Sí      ☐ No

En caso afirmativo, indicar nuevo tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Fecha de finalización del tratamiento anterior**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### **Motivo de discontinuación**

- ☐ Falta de respuesta terapéutica
- ☐ Eventos adversos
- ☐ Indicación médica

☐ Otro: \_\_\_\_\_

---

**En caso de progresión de la enfermedad y/o cambio de tratamiento**

☐ Se adjunta nuevo Resumen de Historia Clínica

☐ Se adjunta RP (Receta/Prescripción) del nuevo tratamiento

Observaciones:

---

---

---

**4. Profesional del Médico Tratante**

Firma y sello: