

**PROGRAMA MÉDICO DE LECHE MEDICAMENTOSAS EN ALERGIA A LA  
PROTEÍNA DE LECHE DE VACA (APLV) PARA MAYORES DE 12 MESES**

**Datos Personales del Paciente:** Plan: Cobertura Farmacia: %

Credencial N°: Fecha de Nacimiento:

Apellido y Nombre:

Teléfono Particular: Teléfono Móvil:

Peso y talla al nacer: Edad gestacional: **Sexo**  M  F

**Síntomas:** (marcar con un X)

GRAVES  Edema de Glotis  
 Anafilaxia  
 Angioedema  
 Coloproctitis

OTROS  Enteropatía perdedora de proteínas  
 Mala absorción  
 Constipación  
 Dermatitis atópica  
 Retardo de Crecimiento  
 Laringitis  
 Bronquitis obstructiva recurrente (BOR)  
 Anemia crónica Hipoalbuminemia

**Resultados de estudio** (Si corresponde)

**IgE patológica:**

RAST leche  
 RAST lactoalbúmina

RAST caseína  
 RAST lactoglobulina

**Pruebas cutáneas patológicas:**

**Biopsia:**

**Fecha de prueba desafío patológica:**

**Fecha de nueva prueba desafío:**

**Datos del Médico Tratante:**

Matrícula profesional: MN: \_\_\_\_\_ MP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Prestador OSDIPP  SI  NO Nro. Prestador \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Si no es prestador de OSDIPP, indicar: TE: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Fecha:

Lugar:

- Completar todos los datos con letra clara
- Debe estar firmado en original por el médico tratante y el paciente que realiza la presentación.
- El formulario en blanco puede ser fotocopiado.