Programa de VIH/ITS
y Hepatitis Virales

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE SALTA.
Ministerio de Salud Pública.

Mail: etsysida-msp@salta.gov.arTel.: 0387-4370504

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: .....
Apellido:.....
Institución:.....
Edad: .....
Fecha de Nacimiento: .....
D.N.I.: .....
Domicilio actual: .....

- *Embarazo:*

  Primer trimestre: .....

  Segundo trimestre: .....

  Tercer trimestre: .....

  Puerperio: .....
- *Población general: .....*

- *Uretritis Gonocócica: SI ☐ NO ☐*
- *Uretritis No Gonocócica: SI ☐ NO ☐*

- *Sífilis:*

  Primaria: .....

  Secundaria: .....

  Terciaria: .....
- *HBS: SI ☐ NO ☐*
- *HCV: SI ☐ NO ☐*
- *Herpes Genital: SI ☐ NO ☐*
- *Condiloma Acuminado: SI ☐ NO ☐*
- *OTRAS: .....*

TRATAMIENTO:

.....

.....

OBSERVACIONES: