



FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS.

DATOS DEL AFILIADO:

EDAD: _____ APELLIDO Y NOMBRE: _____ N° DE AFILIADO: _____

DNI: _____ TELEFONO: _____ MAIL: _____

DIAGNOSTICO: _____

RESUMEN BREVE DE HISTORIA CLINICA: (Incluyendo tiempo de evolución de la enfermedad).

TRATAMIENTO ACTUAL (TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS A CONSUMIR)

Principio activo (droga/s)	Marca comercial (Sugerida)	Unidad de Posología (en mg)	Comprimidos / Día (indicados)	Contenido de envase (n° de unidades)

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

APELLIDO Y NOMBRE: _____ TEL: _____ INSTITUCION: _____

FECHA: _____ FIRMA Y SELLO: _____