FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS. DECRETO 63/2024

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR: .....

N°AFILIADO: ..... D.N.I.: ..... TELÉFONO: ..... MAIL: .....

DIAGNÓSTICO: .....

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

.....

.....

TRATAMIENTO ACTUAL (TOTALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS A CONSUMIR)

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

DATOS DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

APELLIDO Y NOMBRE: ..... TELÉFONO: ..... INSTITUCIÓN: .....

FECHA: ..... FIRMA Y SELLO: .....