FORMULARIO TERAPÉUTICO (Hoja Farmacológica)

OSEP

Datos del paciente

☐ Primera vez ☐ Renovación

Nombre y apellido	N° afiliado	Edad	Peso
Domicilio		Tel	

☐ Discapacidad	Se autorizará SOLO los medicamentos relacionados con la condición discapacitante consignada en el Certificado de Discapacidad Vigente (Adjutnar copia CUD), quedando EXCLUIDOS los de Venta Libre.

FÁRMACOS ACTUALMENTE SOLICITADOS

MONODROGA	CONCENTRACIÓN	CANT/DÍA	TIEMPO ESTIMADO DE TRAT.

COMPLETAR LOS CAMPOS CON TINTA Y LETRA CLARA

Debe completar el Formulario con la denominación internacional de medicamentos (D.C.I.); no se aceptarán como válidos aquellos que especifiquen MARCA COMERCIAL

DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

E-mail	Firma	Sello	Fecha
_____			

FORMULARIO TERAPÉUTICO (Hoja Farmacológica)

OSEP

ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL - DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO PREVIOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

FARMACOVIGILANCIA (Efectos indeseables detectados)

DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

E-mail	Firma	Sello	Fecha
_____			