

ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL - DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO PREVIOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

FARMACOVIGILANCIA (Efectos indeseables detectados)

DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

E-mail	Firma	Sello	Fecha

Datos del paciente

☐

Primera vez

☐

Renovación

Nombre y apellido	N° afiliado	Edad	Peso
Domicilio		Tel	

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

FÁRMACOS ACTUALMENTE SOLICITADOS

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN	CANT/DÍA	TIEMPO ESTIMADO DE TRAT.

COMPLETAR LOS CAMPOS CON TINTA Y LETRA CLARA

DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

E-mail	Firma	Sello	Fecha