

Medicamentos Destinados a Patologias Cronicas Prevalentes

AFILIADO

Apellido y nombres:

DNI

Titular:

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Domicilio:

Localidad:

CP:

Aclaracion: ..

FIRMA MEDICO TRATANTE

Recuerde Adjuntar Fotocopia de: Recibo de sueldo, Carnet del Afiliado, Certificado de Discapacidad, Estudios Previos.

Lugar.....Dia.....de.....de 20.....

DIAGNOSTICO

TRATAMIENTO (consignar todos los datos)

	Droga (Nombre Generico)	Miligramos	Comprimidos x Dia	Dictamen de Auditoria
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Apellido y nombres:

Domicilio:

Localidad:

Telefono:

Horario Consulta:

Firma y Sello Profesional

Adjuntar Formulario + copia de Receta especificando Droga (nombre Generico),prescripta de puño y letra por el profesional tratante.

Ley 25.649-Medicamentos Genericos. Toda receta o prescripcion medica debera efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre generico del medicamento o denominacion comun internacional que se indique,seguida de forma farmaceutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentracion.