

Datos del afiliado

Fecha:

Apellido y Nombre		Edad
D.N.I	Celular o teléfono alternativo	
Domicilio		
Localidad	E- mail	

Resumen de la historia clínica (Adjuntar informes de estudios correspondientes)

Diagnóstico principal (CIE 10)
Diagnóstico secundario (CIE 10)

Medicamento solicitado (Si usted aumenta la dosis, debe justificar el motivo)

Nombre genérico	Forma farmacéutica	Potencia/Concentración	Dosis diaria

N° de recetas asociada			
Tiempo de tratamiento estimado	Dos meses <input type="checkbox"/>	Cuatro meses <input type="checkbox"/>	Seis meses <input type="checkbox"/>
Tratamientos previos			

Fecha, firma y sello del profesional tratante