

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS.
PLAN CRÓNICO JUBILADOS Y PENSIONADOS PROVINCIALES**

DATOS DEL AFILIADO:

Nombre y Apellido: _____
 Documento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Localidad: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA (*)

(*) Adjuntar informes de estudios correspondientes

Diagnóstico principal: _____

Diagnóstico secundario: _____

Nombre genérico	Nombre comercial sugerido	Forma farmacéutica	Potencia / concentración	Dosis diaria
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----

Tiempo de tratamiento estimado: 2 meses 4 meses 6 meses

 Firma y Sello Profesional Tratante

Fecha:...../...../.....