



**FICHA PARA SOLICITAR
MEDICAMENTOS PARA DIABÉTICOS**

N° Ficha:.....

DATOS DEL AFILIADO:

Nombre y Apellido:.....Documento

N°:.....

Domicilio:.....Edad:.....

.....

.....
Firma y Sello Profesional Tratante

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

Nombre Genérico del Medicamento:.....

Nombre Comercial del Medicamento:.....

Designe la forma Farmacéutica a utilizar (Marque con una cruz la que corresponda).-

COMPRIMIDO CAPSULA AMPOLLA OTRAS:.....

Potencia (Mg.):.....

Dianóstico:.....

.....

Dosificación recomendada:
(Adulto) (Pediатras)

Duración de la Terapia:.....