



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS CON AUDITORIA PREVIA Y PLANES ESPECIALES

DATOS DEL AFILIADO

Nombre y Apellido:.....

Documento:..... Edad:..... Sexo: M F

Domicilio:.....

Teléfono:..... Localidad:.....

RESUMEN HISTORIA CLINICA (*)

.....

.....

.....

.....

(*) Adjuntar informes de estudios correspondientes

Diagnóstico Principal (CIE 10):.....

Diagnóstico Secundario (CIE 10):.....

Medicamentos Solicitados:

Nombre Genérico	Nombre Comercial Sugerido	Forma Farmacéutica	Potencia / Concentración	Dosis Diaria
.....
.....
.....

Tiempo de tratamiento:.....

Tratamientos previos:.....

.....

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

Firma y Sello Profesional Tratante

OBSERVACIONES DE AUDITORIA FARMACOLOGICA:

.....

.....

.....

.....