

FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICACIÓN CRÓNICA PREVALENTE
RESOLUCIÓN 310/04 Y ANEXAS

DATOS DEL AFILIADO:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S: _____

N° AFILIADO: _____ / _____ D.N.I.: _____ EDAD (en años): _____

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES PREVALENTES: (Que JUSTIFIQUE/N el uso de la/s droga/s solicitada/s)

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA: (Para cada enfermedad detallar tiempo de evolución y complicaciones)

TRATAMIENTO: (Consignar todos los datos)

| PRINCIPIO ACTIVO | MARCA COMERCIAL SUGERIDA | PRESENTACION (en mg) | DOSIS DIARIA | DICTAMEN DE AUDITORIA (Por favor NO completar) |
|------------------|--------------------------|----------------------|--------------|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE:

APELLIDO/S Y NOMBRE/S _____ INSTITUCIÓN _____

FIRMA Y SELLO

FECHA