

N° de Expediente: _____

Estimado Profesional: le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes utilizando una misma letra y tinta.

Estimado/a Socio/a: una vez completa por el médico tratante, esta ficha deberá ser remitida por original a nuestra administración (a excepción de los Programas de Planificación Familiar y Terapia Hormonal, donde la misma puede ser enviada de manera digital). Auditoría Médica la evaluará y en caso de corresponder, dará curso a la autorización del pedido.

DATOS DEL SOCIO

N° de Socio:		D.N.I.:		Nombre y Apellido:		
Domicilio: Calle:		N°:	Piso:	Dpto.:	Teléfono:	
Localidad:		Provincia:			C.P.:	
Fecha: / / Diagnóstico:						

NOMBRE DE LA/S DROGA/S	FORMA FARMACÉUTICA	CONCENTRACIÓN	DOSIS DIARIA (EN MG.)	DÍAS DE TRATAMIENTO (TOTAL)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Ley 25.649 Art. 2°: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatorio expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis / unidad, con detalle del grado de concentración. [...]"

HISTORIA CLÍNICA

OBSERVACIONES

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:	Matrícula:	Especialidad:		
Domicilio: Calle:	Nº:	Teléfono:	Loc.:	Prov.:

_____ **FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE**