

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 Socio: Su médico deberá completar esta ficha. Una vez completa, la misma debe ser enviada a nuestra administración por alguno de nuestros canales de contacto (App Jerárquicos Móvil / medicamentos@jerarquicos.com / Sitio exclusivo: Mi JS).

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. [...]"

