

La presente ficha debe estar completa por el médico tratante utilizando la misma letra y tinta.

DATOS DEL SOCIO

Nombre y apellido:				Nro. de Socio:	
D.N.I.:				Teléfono:	
Domicilio: Calle:			Nº:	Dpto.:	Piso:
Localidad:	Provincia:		C.P.:		
Diagnóstico:					
Fecha: / / .-					

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Ley 25.649 Art. 2º: "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. [...]"

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

HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:				Matrícula:	
Teléfono de contacto:			E-mail:		

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE