

La siguiente solicitud deberá ser completada **cada 6 meses** por el profesional médico con la máxima precisión posible. Será necesario, además, que realice los informes periódicos solicitados para la renovación del tratamiento.

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre y apellido:

N° de beneficiario:

**PRÓRROGA (MARCAR LOS MESES CORRESPONDIENTES)**

Fecha de pedido:     /     /     .

Enero / ....     Febrero / ....     Marzo / ....     Abril / ....     Mayo / ....     Junio / ....

Julio / ....     Agosto / ....     Septiembre / ....     Octubre / ....     Noviembre / ....     Diciembre / ....

**ESTADO CLÍNICO GENERAL DEL PACIENTE**

Describir: .....

.....

.....

**Cambio en la calidad de vida:** Escasa mejoría     Mejoría     Notable mejoría

**Necesidad de ajuste:** No     Sí

En caso afirmativo describir: .....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA  
EN NEUMONOLOGÍA O CLÍNICA MÉDICA

\_\_\_\_\_  
EMAIL PERSONAL DEL PROFESIONAL

