

Formulario de Solicitud de Medicamentos para Internación domiciliaria

VIGENCIA DE FORMULARIO 6 MESES

Datos del afiliado:

 Apellido: _____ Nombre: _____ N° del afiliado: _____
 Tipo y Nro de doc _____ Edad: _____ Domicilio: _____
 Teléfono: _____ Email: _____

Datos del profesional tratante (para ser completado por el médico)

 Apellido: _____ Nombre: _____ N° de Matricula: _____
 Especialidad: _____ Horarios de atención: _____
 Teléfono: _____ Email: _____

Resumen de Historia Clínica:

TRATAMIENTO SOLICITADO

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS DIARIA (COMP./GOTA/UNIDAD)	PORCENTAJE DE DESCUENTO	Marcar con una X la opción indicada		
				Croni	Disca	Int. Dom

Tratamiento Actual (La totalidad de los medicamentos consumidos) _____

Diagnóstico:

<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> HIPO/HIPERTIROIDISMO	<input type="checkbox"/> DISLIPEMA	<input type="checkbox"/> ANTICOAGULACIÓN
<input type="checkbox"/> GOTA	<input type="checkbox"/> COLITIS ULCEROSA/CROHN	<input type="checkbox"/> PARKINSON	<input type="checkbox"/> ENF. CONVULSIVANTE
<input type="checkbox"/> ENF. CORONARIA	<input type="checkbox"/> AR Y OTRAS ARTRITIS	<input type="checkbox"/> GLAUCOMA	<input type="checkbox"/> DBT
<input type="checkbox"/> INS. CARDIACA	<input type="checkbox"/> EPOC	<input type="checkbox"/> ARRITMIA	_____

Firma del Medico

Fecha

Sello del medico

Dictamen:

 RP1: _____ Descuento: _____
 RP2: _____ Descuento: _____
 RP3: _____ Descuento: _____
 RP4: _____ Descuento: _____
 RP5: _____ Descuento: _____
 RP6: _____ Descuento: _____

CONFECCIONAR EN LETRA DE IMPRENTA



El prepago de los médicos

La receta confeccionada por el profesional deberá ser siempre ORIGINAL, sin excepción.