

Formulario de Solicitud de Medicamentos Crónicos o Descuentos Especiales

VIGENCIA DE FORMULARIO 6 MESES

Formulario de Solicitud de Medicamentos Crónicos o Descuentos Especiales

Datos del afiliado:

Apellido: _____ Nombre: _____

N° del afiliado: _____ 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

Tratamiento Actual (La totalidad de los medicamentos consumidos)

Diagnóstico:

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

Firma del Medico

Sello del medico

Dictamen:

RP1: _____ Descuento: _____

RP2: _____ Descuento: _____

RP3: _____ Descuento: _____

RP4: _____ Descuento: _____

RP5: _____ Descuento: _____

RP6: _____ Descuento: _____

Se podrá retirar la medicación contra la entrega de receta original confeccionada por el profesional

CONFECCIONAR EN LETRA DE IMPRENTA