

Primera vez

Renovación

Datos del paciente

Nombre y apellido	N° afiliado	Edad	Peso
Domicilio		Teléfono	

<input type="checkbox"/> <b>DISCAPACIDAD</b>	Se autorizará SÓLO los medicamentos relacionados a la enfermedad/patología que figura en Certificado de Discapacidad Vigente (adjuntar copia)
--	---

**FÁRMACOS ACTUALMENTE SOLICITADOS**

Monodroga	Marca comercial sugerida	Concentración	Cant/día	Tiempo estimado de trat.

**“Completar todos los campos con tinta y letra clara”**

Psicofármacos prescritos por médico Psiquiatra y/o Neurólogo  
 Biológicos prescritos por Neurólogo y/o Reumatólogo

<b>Reservado para el personal de Planes Especiales</b>
Recibido: ____/____/____

## ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL - DIAGNÓSTICO


## TRATAMIENTO PREVIOS Y RESULTADOS OBTENIDOS


## FARMACOVIGILANCIA (Efectos indeseables detectados)


## DATOS DEL PROFESIONA MÉDICO

Domicilio	Firma	Sello	Fecha

## ADJUNTAR FOTOCOPIAS DE INFORMES RECIENTES

- Bono, carnet y DNI (del paciente y del afiliado directo)
- 2** ALIMENTOS: Formulario Dietoterápico + Proteinograma por Electroforesis (Solicitado por médico tratante)
- DIABETES: Informe laboratorio (glucemia + Hb glicosilada)
- DISLIPIDEMIA: INFORME LABORATORIO (perfil lipídico)
- 2** ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA: Informe Laboratorio (PSA) + Ecografía Vesico-prostática
- HTA: Informe cardiológico (ECG, Ecocardiograma, etc.)
- 2** INFECCIONES: Informe bacteriológico con Antibiograma
- 2** VÍAS AÉREAS: Informe de Espirometría + Rx tórax
- OTROS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_