

Formulario de Solicitud de Medicamentos con Descuentos Especiales

Datos del afiliado:

Apellido: _____ Nombre: _____

N° del afiliado: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Resumen de Historia Clínica:

Tratamiento Actual (La totalidad de los medicamentos consumidos)

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACÉUTICA	DOSIS DIARIA (COMP./GOTA/UNIDAD)	MARCA COMERCIAL SUGERIDA

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"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> DBT	<input type="checkbox"/> ENF. CONVULSIVANTE	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> DISLIPEMIA	<input type="checkbox"/> ANTICOAGULACIÓN	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

Firma y sello de Prescriptor

Fecha

PARA COMPLETAR POR AUDITORIA MEDICA MUTUAL:

Razón de cobertura:

-----% Descuento _____

-----% Descuento _____

-----% Descuento _____

-----% Descuento _____

-----% Descuento _____

-----% Descuento _____

Firma y sello: _____ Fecha: _____

Empadronado por: _____ Fecha: _____

CONFECCIONAR EN LETRA DE IMPRENTA