

**FORMULARIO DE TERAPIA FARMACOLÓGICA (Excepto oncología y diabetes)
 PARA SER COMPLETADO POR MÉDICO SOLICITANTE**

Datos del Paciente:

Número de Afiliado:..... Plan:.....
 Apellido y Nombre:..... Edad:.....
 Teléfono:.....
 Domicilio:..... N°..... Localidad:.....

DIAGNÓSTICO / HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento actual:

.....

.....

PLAN PROPUESTO

MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES POR MES

Justificar en caso de cambio de esquema terapéutico (adjuntar estudios respaldatorios)

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Firma y sello Profesional

.....
Fecha

.....
Auditoria Médica

Completar los datos con letra legible

Si el afiliado es atendido por mas de un profesional, cada uno deberá prescribir un formulario distinto de la medicación solicitada.

Si el médico modifica la dosis y/o concentración de un medicamento, deberá confeccionar una nueva planilla

El tratamiento prolongado tendrá una validéz por 12 meses a partir de la fecha de presentación.