



SR. ASEGURADO Y MEDICO TRATANTE: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR AL PRESENTE FORMULARIO FOTOCOPIA DE LOS ULTIMOS ESTUDIOS, A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORIA Y POSTERIOR ENVIO DE LA MEDICACION.

POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO			

TOMADOR O TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT							
	DNI	LE	LC	CI	CUIT								
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.		
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO			

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO		
DNI	LE	LC	CI									

DATOS ANTROPOMETRICOS Y GENERALES	EDAD		TALLA		PESO		SUP. CORPORAL		T.A.		
	AÑOS		CM.		KGS.		M ²		MM/HG.		
	TABAQUISMO ACTIVO:			INSUFICIENCIA HEPATICA:			APP:		INSUFICIENCIA RENAL		
	SI		NO	SI		NO	%		SI		NO
	CLEARANCE DE CREATININA			DIALISIS CRONICA			NUMERO SESIONES PROM/MES				
ML/MIN			SI			NO					
FECHA DE COMIENZO DE TRATAMIENTO ACTUAL						FECHA DE COMIENZO DE TRATAMIENTOS ANTERIORES					

PROFESIONAL TRATANTE	APELLIDO Y NOMBRE											
	MATRICULA				ESPECIALIDAD				MATRICULA ESPECIAL			
	INSTITUCION											
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			TELEFONO			TELEFONO CELULAR		
	E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)											

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	CALLE						NRO.		PISO		DTO.	
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA		TELEFONO			
	HORARIO SUGERIDO:											

DIAGNOSTICO / TIPIFICACION - EXTENSION / ESTADIFICACION:

.....

.....

DATOS QUE JUSTIFIQUEN LA RENOVACION Y/O MODIFICACION DE LA MEDICACION ANTERIORMENTE SOLICITADA:

.....

.....

SOLO PODRA SER PRESCRIPTA POR EL MEDICO ONCOLOGO O REFERENDADO POR EL MISMO	TRATAMIENTO SOLICITADO		MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/ UNIDADES	DOSIS DIARIA	FECHA DE UTILIZACION
	NOTA: 1- Prescripción: "toda la prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo). 2- Especialidades: La prescripción en diabetes deberá ser realizada por endocrinólogo o clínico y las de Programa Psiconeuronex, por neurólogo, psiquiatra, neurocirujano o internista. Para el resto de las patologías, el médico tratante.						/ /
							/ /
							/ /
							/ /
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO			FECHA: / /				

ADJUNTO FOTOCOPIA	<input type="checkbox"/> DOC. DE IDENTIDAD
-------------------	--