



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	D.TO.			
	COD. POSTAL	LOCALIDAD		PROVINCIA		TELEFONO			
ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES								
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO		FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI					
DATOS DEL PATOLOGO INFORMANTE	APELLIDO Y NOMBRE								
	MATRICULA		ESPECIALIDAD			MATRICULA ESPECIAL			
	CENTRO ASISTENCIAL								
	CALLE			NRO.	PISO	D.TO.			
	COD. POSTAL	LOCALIDAD		TELEFONO		TELEFONO CELULAR			
	E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)								
	DIGNOSTICO PRINCIPAL								
EXAMENES PREVIOS	RAYOS X								
	ANALISIS CLINICOS								
	TOMOGRAFIA								
	CENTELLOGRAMA								
	RMN								
	MARCADORES TUMORALES								
	OTROS:								
DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO	NEO ADJUNVANCIA								
	ADJUVATE								
	AVANZADO								
	LINEA								
	CICLOS PROGRAMADOS								
	DURECION DEL CICLO								
LA MEDICACION SOLO PODRA SER PRESCRIPTA POR EL MEDICO ONCOLOGO O REFERENDADO POR EL MISMO	TRATAMIENTO SOLICITADO		MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/ UNIDADES	CANTIDAD TOTAL REQUERIDA			
	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: / /				
			IMPORTANTE: FECHA PREVISTA PROXIMO CICLO:						