

Diagnostico, tratamiento y/o intervenciones quirurgicas que debe efectuarse el paciente

.....
.....
.....
.....
.....

Fecha de diagnostico de la enfermedad:

Medicacion propuesta, prestaciones farmaceuticas y cantidad de cajas /mes:.....

.....
.....
.....
.....
.....

Frecuencia y via de administracion de medicacion:.....

.....
.....
.....

LOS DATOS CONSIGNADOS EN LA SIGUIENTE SOLICITUD TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA. LA FALSEDAD DE LOS MISMOS PODRA DAR LUGAR A LO QUE A DERECHO CORRESPONDA

Firma y sello
del Médico tratante

Firma del titular

(Formulario para completar en todos sus ítems – Requerimientos del Ministerio de Salud)

Apellido y Nombre del Paciente

Antecedentes Personales y heredo-familiares

.....
.....
.....
.....
.....

Resumen semiológico

.....
.....
.....
.....
.....

Diagnostico/s

.....
.....
.....
.....

Evolución y pronostico

.....
.....
.....
.....

Tratamiento/s propuesto/s

.....
.....
.....
.....

Drogas y Dosis diarias.....

.....
.....
.....

Firma y sello
del Médico tratante