

TRATAMIENTO PROLONGADO



ellido	No	ombre		
rianalidad .	DNI Nº	Fool	aa da Nacimian	to
cionalidad	D.N.I. N°	Feci	na de Nacimien	to
nicilio Calle		N° P	iso	Depto.
. Barrio	Localidad Provincia			
éfono	Email			
see otra cobertura?	NO ¿Cuál?		N° af	iliado
Información de patolog	yías crónicas			
° DIAGNÓSTICO	o: Desde//	Hasta/	/	
Genérico	Nombre comercial	Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas)
 DIAGNÓSTICO uración aprox. del tratamiento Genérico 	o: Desde//// Nombre comercial	Hasta/ Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas
° DIAGNÓSTICO uración aprox. del tratamiento	o: Desde//	Hasta/	/	
Genérico	Nombre comercial	Presentación	Dosis día	Dosis mes (x cajas)

- En caso de exceder el numero de patologías indicadas en el presente como así también los productos medicamentos, se sugiere llenar otro formulario enumerando los mismos en el margen superior derecho para un adecuado control administrativo.
- Dicho formulario tendrá una validez anual como máximo, debiéndose actualizar antes de su vencimiento para evitar controles en la dispensión de los medicamentos.
- En caso que la delegación no cuente con médico auditor regional, el mismo deberá ser firmado por el responsable administrativo y luego enviarlo a la auditoria médica central para su control y carga.