



FICHA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO PROLONGADO

Fecha de Solicitud

Día Mes Año

Apellido y Nombre: _____ Socio Nro.: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel.: _____

Edad: _____ años Peso: _____ Kg.

Médico Tratante: _____ Matrícula: _____

Diagnóstico: _____

HISTORIA CLÍNICA

Observaciones: _____

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA, EN FORMA CLARA

Droga genérica	Nombre comercial	Presentación	Dosis diarias
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

La presente ficha de tratamiento prolongado prescribe los medicamentos detallados para adquisición en farmacia previa autorización de la obra social

Válidos para tratamiento: 6 meses 1 año

Firma y Sello Médico