



## 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