

# Ficha de medicamentos especiales



COMPLETAR CON LETRA CLARA IMPRENTA MAYÚSCULA

Médico tratante

Fecha de la Solicitud

Matrícula

--- / --- / ----

## DATOS DEL SOCIO

|                   |  |               |     |
|-------------------|--|---------------|-----|
| Nombre y apellido |  | Nro. de socio |     |
| Domicilio         |  | Localidad     |     |
| Teléfono fijo     |  | Vigencia CUD  |     |
| Teléfono celular  |  | Sup. Corporal | m 2 |
| Edad              |  |               |     |

## DIAGNÓSTICO

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## GRADO EVOLUTIVO O ESTADO DE LA ENFERMEDAD

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

## DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

| Droga genérica | Nombre Comercial | Presentación | Dosis diaria | Cantidad de envases |
|----------------|------------------|--------------|--------------|---------------------|
| 1.             |                  |              |              |                     |
| 2.             |                  |              |              |                     |
| 3.             |                  |              |              |                     |

| Droga genérica | Nombre Comercial | Presentación | Dosis Diaria | Cantidad de envases |
|----------------|------------------|--------------|--------------|---------------------|
| 1.             |                  |              |              |                     |
| 2.             |                  |              |              |                     |
| 3.             |                  |              |              |                     |

| DROGA GENERICA | Nombre Comercial | Presentación | Dosis diaria | Cantidad de envases |
|----------------|------------------|--------------|--------------|---------------------|
| 1.             |                  |              |              |                     |
| 2.             |                  |              |              |                     |
| 3.             |                  |              |              |                     |

Brindar al menos tres alternativas comercializadas en el país

| Historia clínica - Observaciones |
|----------------------------------|
|                                  |
|                                  |
|                                  |
|                                  |
|                                  |

Firma y sello profesional .....

