



**SOLICITUD PARA PROVISION DE MEDICAMENTOS DE
ALTA ESPECIFICIDAD EN ENFERMEDADES CRONICAS**

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombres _____

Legajo N° _____ Documento, Tipo, N° _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Altura _____ Sup. Corporal _____

Paciente Internado: Si / No _____

Paciente Ambulatorio: Si / No _____

Historia Clínica N° _____

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellido y Nombres _____

Domicilio Actual _____ Teléfono _____

Matrícula _____ Matrícula Especialista _____ Institución _____

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Código OMS)

TRATAMIENTOS REALIZADOS A LA FECHA

Plan de QUIMIOTERAPIA – DOSIS – CICLOS _____

CIRUGIA _____

QUIMIOTERAPIA _____

HORMONOTERAPIA _____

INMUNOTERAPIA _____

RADIOTERAPIA _____

OTROS _____

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO ACTUAL

INICIO DE TRATAMIENTO: Si / No _____

REPETICION DE TRATAMIENTO: Si / No _____

Ciclos Prog. _____ Duración del Ciclo _____ N° Ciclo Actual _____

MONODROGA PRESENTACION EN Mg. DOSIS

Rp/1) _____

Rp/2) _____

Rp/3) _____

Rp/4) _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Profesional

