

Ficha Clínica Solicitud de Medicamentos

Excluyendo Diabetes y Oncología

Gerencia de Prestaciones Sanitarias

Para ser completado por el Consejo o Delegación (en letra clara y legible)

Cen.At al Benef. (CAB) Fecha Expediente N°

Nombre y Apellidos Edad

Teléfono Tipo y N° Documento

Centro Prestador

Afiliación verificada por Firma y Sello del Responsable

Para ser completado por el Profesional Actuante (en letra clara y legible)

Problema de salud o Diagnóstico:

.....

Resumen de Historia Clínica:

.....

Tratamientos previos recibidos (si corresponde):

.....

Tratamiento Solicitado:

Monodroga	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad o Concentración	Dosis por Toma o Administración	Intervalo de Administración

Duración del Tratamiento:

Única Dosis Días Meses

Objetivo terapéutico del tratamiento solicitado:

.....

Material Descartable

Descripción	Cantidad Diaria

Para el caso de Patologías Especiales (trasplantados, hemofílicos, dializados, etc.), completar al dorso.

Ficha Clínica Solicitud de Medicamentos

Excluyendo Diabetes y Oncología

Gerencia de Prestaciones Médicas

Informe Anátomo-patológico (si corresponde):
.....
.....
.....

Procedimiento/s - Diagnóstico (si corresponde):

Marcar con una cruz y describir el/ los resultados

Rx	<input type="checkbox"/>	Tac	<input type="checkbox"/>	Eco	<input type="checkbox"/>	Rmn	<input type="checkbox"/>	Doppler	<input type="checkbox"/>	Cámara Gamma	<input type="checkbox"/>
Angiografía	<input type="checkbox"/>	Mamografía	<input type="checkbox"/>	Electroencef.	<input type="checkbox"/>	Electromiograma	<input type="checkbox"/>	Func. Biopsia	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Determinaciones Bioquímicas (si corresponde):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Estadío de enfermedad, Store de evaluación y/o performance clínica (en todos los casos):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En todos los casos, señalar datos de significación y adjuntar fotocopia de los informes correspondientes.

Firma y Sello del
Profesional actuante