

O.S.S.S.B

FORMULARIO SOLICITUD DE MEDICACION CRONICIDAD

Nº DE AFILIADO(completo) *

Nombre y Apellido:*

DNI*:.....

Domicilio* :.....Localidad*:.....

Provincia.....TEL*:.....

MAIL:.....TEL CEL *

Contacto Familiar:.....

MEDICACIÓN				Cambio de dosis*		Auditoría Autorizado*	
	Nombre Genérico*	Presentación*	Dosis Diaria*	SI	NO	SI	NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

DIAGNÓSTICO

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

Fecha de Prescripción/...../.....

Firma y Sello Médico

Fecha Inicio Tratamiento:...../...../.....

.....

Fecha de autorización:...../...../.....

Firma y Sello Auditoría

.....

Observaciones:

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

Todos los campos que contengan el símbolo * deberán completarse obligatoriamente
Este Formulario debe presentarse semestralmente solo para medicacion anticonceptiva, Insumos para Diabetes, Discapacidad o cambio de dosis o nueva medicacion. El mismo debe ser debidamente suscrito por el medico tratante indicando Monodroga y dosis de tratamiento.