

SOLICITUD DE MEDICACIÓN CRÓNICA PARA DISCAPACIDAD

Lugar y fecha _____

Datos del afiliado:

Nombre y apellido: _____

Número de documento: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Edad: Sexo: F /

M Peso: Talla:

Vive: Solo ☐ Flia ☐ Geriátrico ☐ Otro ☐

Provincia: _____ Localidad: _____

Datos de contacto del afiliado:

Teléfono: _____ Mail: _____

Datos del profesional tratante:

Nombre y apellido: _____ Especialidad: _____

Matrícula: _____

Datos de contacto del profesional:

Teléfono: _____ Mail: _____

Historia Clínica:

Diagnóstico de CUD: _____

Tipo de enfermedad:

Congénita ☐ Adquirida ☐ Neurológica ☐ Traumatológica ☐ Psiquiátrica ☐

Degenerativa/muscular ☐ Reumatológica ☐ Otra (especificar): _____

Resumen de historia clínica:

Monodroga	Potencia/gramaje	Presentación	Dosis diaria	Semanal	Envase mensual

Tratamiento solicitado

NOTA: ES INDISPENSABLE ADJUNTAR EL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD PARA UNA CORRECTA AUDITORÍA

FIRMA y ACLARACIÓN del PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

FIRMA DEL MEDICO AUDITOR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____

Nombre del paciente: _____

Consentimiento Informado

Expreso mi conformidad con el tratamiento de medicación para mi enfermedad. Me han informado sobre los efectos de la medicación, riesgos personalizados y la información me ha sido dada de manera comprensible. Mis preguntas han sido contestadas por lo que acepto la medicación prescrita.

Descripción de la Medicación:

Observaciones:

Firma del paciente

Firma del Médico responsable