

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Descripción cuadro clínico: _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Tratamientos no farmacológicos: NO SI Detallar: _____

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cant. envases x mes

* Monodroga SI / NO Asociada con: _____

Estudios complementarios realizados (detallar y adjuntar fotocopia de los informes) _____

En el caso de imágenes (TAC, RMN, Rx, Ecografía, etc.) adjuntar los originales y, una vez emitido el dictamen por la Subgerencia de Medicamentos, devolverlos al afiliado.

Parámetros mediante los que se valorarán los resultados _____

Score basal pretratamiento _____

Periodicidad de los controles _____

Duración estimada del tratamiento _____

LUGAR

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____