IPSST
SEGURIDAD SOCIAL

Asunto: **Solicitud de Cobertura de Excepción en medicamentos**

Localidad, Fecha: _____

FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL MEDICO TRATANTE (Especialista)

A: AUDITORIA TECNICA DEL SUBSIDIO DE SALUD

Primer Pedido: SI NO

Conforme a las normas vigentes, se solicita la provisión de medicación para el AFILIADO cuyos datos se transcriben a continuación:

TITULAR: _____

BENEFICIARIO: _____

AFILIADO N°: _____ EDAD: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

SUPERFICIE CORPORAL: _____

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

DIAGNOSTICO: _____

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO: _____

N° DE CICLOS A APLICAR: _____

¿CADA CUANTOS DÍAS SE APLICARA CADA CICLO? _____

MEDICACION SOLICITADA NOMBRE GENERICO DE LA DROGA		DOSIS DIARIA	SEMANAL	MENSUAL
Rp1				
Rp2				
Rp3				
Rp4				
Rp5				

MEDICACION SOLICITADA NOMBRE GENERICO DE LA DROGA		DOSIS DIARIA	SEMANAL	MENSUAL
Rp1				
Rp2				
Rp3				
Rp4				
Rp5				

POST-TRANSPLANTADO SI NO **AUTORIZACIÓN ESPECIAL:** SI NO

Observaciones:

_____
Firma del Afiliado

_____
Correo Electrónico de Médico

_____
Firma y Sello del Médico

_____
Campo Obligatorio