

**FICHA REGISTRO  
PATOLOGÍAS ACBI**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Dirección: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉDICO TRATANTE:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Dirección profesional: Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Horarios y días de atención: \_\_\_\_\_  
Matrícula profesional: \_\_\_\_\_ Especialista en: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Localización/es (si corresponde): \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Sup. Corporal: \_\_\_\_\_

Esquemas terapéuticos previos:  SÍ  NO. En caso afirmativo indique cuales: \_\_\_\_\_

Fundamento médico por cambio de esquema terapéutico: \_\_\_\_\_

**ESQUEMA TERAPÉUTICO SOLICITADO:**

Monodroga	Dosis	Forma farmacéutica	Dosis diaria

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha

Este protocolo debe ser completado por el profesional tratante y presentado en una sucursal para ser evaluada por Auditoría Médica y posterior retiro de medicamentos contra entrega de la receta médica original.