

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre _____
 N° Afiliado _____
 Tipo y N° de documento _____
 Sexo _____
 Edad _____
 Peso _____

Categoría
 Titular
 Cónyuge
 Hijo

PRINCIPIO ACTIVO / MONODROGA	PRESENTACIÓN	CANTIDAD

Diagnóstico:

Firma y Sello ():**

FECHA:

(Por favor completar en letra imprenta)

(**) Debe aclarar especialidad

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre _____
 N° Afiliado _____
 Tipo y N° de documento _____
 Sexo _____
 Edad _____
 Peso _____

Categoría
 Titular
 Cónyuge
 Hijo

PRINCIPIO ACTIVO / MONODROGA	PRESENTACIÓN	CANTIDAD

Diagnóstico:

Firma y Sello ():**

FECHA:

(Por favor completar en letra imprenta)

(**) Debe aclarar especialidad