RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

SÓLO VÁLIDO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVIAMENTE REGISTRADOS

El presente formulario está diseñado para que el médico tratante pueda repetir la prescripción de medicamentos a pacientes que ya se encuentran inscriptos en determinadas patologías crónicas prevalentes, es decir, que previamente han cumplimentado y enviado el formulario de empadronamiento correspondiente a su patología. Si el profesional desea consignar una nueva enfermedad y requerir la medicación correspondiente, deberá llenar con este fin un nuevo formulario de empadronamiento donde consignará los datos requeridos para esa enfermedad. Para evitar demoras en la entrega de sus medicamentos, le solicitamos que haga confeccionar el presente formulario aproximadamente unos 20 días antes de que se termine la medicación que actualmente está consumiendo.
Los medios para enviar formularios son: por **correo electrónico a recepcion@farmanexus.com.ar** / Por **Whatsapp 1132981473**. Para cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** En horario de **08 a 19 hs** los días hábiles. **Señor profesional:** Ponemos a su disposición nuestra página web, **(www.farmanexus.com.ar)** donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

OBRA SOCIAL (SIGLAS) _____ **N° S.S.S.** _____

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO F M

DOC. TIPO _____ NRO. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

N° AFILIADO _____ TELÉFONO _____

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DPTO. _____ COD. POSTAL _____ BARRIO _____

LOCALIDAD _____ PROV. _____ E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO) _____

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO _____ NOMBRE _____

MATRÍCULA _____ ESPECIALIDAD _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES _____

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

*** Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoría.**

NOTA

Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

_____ FECHA

_____ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

- Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a **recepcion@farmanexus.com.ar** / Por **Whatsapp 1132981473**
- Para cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** En horario de 08 a 19 hs los días hábiles.
- **Señor profesional:** Ponemos a su disposición nuestra página web, **(www.farmanexus.com.ar)** donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

UNA EMPRESA DE GRUPO PROYECTA
UN PASO ADELANTE EN SALUD

GO.PD.FO.10
VERS.2.VIGENTE 08/05/2017

Escaneado con CamScanner