

**SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS**

Fecha...../...../.....

**A. DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombre: ..... CUIT/CUIL.....

Afiliado (LOS 11 DIGITOS) U.P. Nro. : ..... Plan: .....

Localidad: ..... Pcia.: ..... Mail:.....

Tel.: ..... Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Edad:.....

Operado/a:  NO  SI Institución donde se operó:.....

Dirección del sanatorio o clínica:..... C.P.....

Pcia: ..... Tel de la clínica o sanatorio:.....

**B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE**

Apellido y Nombre: ..... Matrícula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....

**C. DIAGNOSTICO**

Estadio Inicial:..... Situación Actual.....

..... ECOG:..... KARNOFSKY:.....

**Cirugía previa** Fecha:

Descripción

**Radioterapia previa** Fecha:

Descripción	Respuesta

**Quimioterapia/ Hormonoterapia previa** Fecha:

Droga/dosis/ciclos:	Respuesta

D. TRATAMIENTO ACTUAL CICLO Nro.:

Plan Propuesto (dosis/tiempo):

Fundamentación médica de la medicación solicitada:

Respuesta esperada:

Peso: ..... Talla: ..... Sup corporal: ..... m2

Firma  
Médico Oncólogo

Sello con Matricula

**CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO (A)**

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años de edad,  
con domicilio en .....  
DNI ..... y N° de afiliado: .....

*Completar en caso de ser necesario:*

Representante legal (nombre/s y apellido/s) .....  
de ..... años de edad, con domicilio en.....  
y DNI....., en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

**DIGO :**

Que el Dr/a..... MN..... especialista en  
....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar  
los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos)  
.....  
para la enfermedad o problema (consignar diagnóstico) .....

Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los  
posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en  
período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se  
toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que el tratamiento requiera ajuste de dosis  
en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la  
prescripción discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la  
continuidad de utilización de la medicación citada.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para  
reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me  
facilita una copia.

En ..... a los ..... días del mes de ..... de 20.....

Firma: .....  
(Paciente/Representante/s legal/es)

Aclaración:

Firma: .....  
(Médico)

Sello: