

MEDICACIÓN ESPECIAL

EVOLUCIÓN



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

Datos del afiliado:

Apellido, nombre:

DNI..... N° de beneficiario.....

Diagnóstico:

.....

Tratamiento indicado:

Medicamento nombre genérico(ley 25.649)	Forma farmacéutica (cápsula , gotas ampollas etc.)	DOSIS INDICADA	PERIODICIDAD	Dosis mensual TOTAL

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

Fecha de aplicación de la medicación actualmente solicitada:

.....

Firma y sello profesional tratante