

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Beneficiario N°: _____

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción: _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Descripción cuadro clínico: _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Droga	Dosis

Tratamientos no farmacológicos actuales: NO SI Detallar: _____

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases/ Mes

* Monoterapia: SI NO Asociada con: _____

Estudios complementarios realizados (detallar y adjuntar fotocopia de los informes): _____

En el caso de imágenes (TAC, RMN, RX, Ecografía, etc.) adjuntar los originales y, una vez emitido el dictamen por la Subgerencia de Medicamentos, devolverlos al afiliado.

Score basal pretratamiento: _____

Periodicidad de los controles: _____ Duración estimada del tratamiento: _____

LUGAR

Tel: _____
Fax: _____

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Mail: _____

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora.