

FORMULARIO DE MEDICACION DESTINADA A ENFERMEDADES CRONICAS

Válido por el término de seis meses, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario. **DECLARACION JURADA. Completar con LETRAS DE IMPRENTA**

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS DENUNCIADAS			
Sólo de deberá prescribir medicamentos del vademecum de la Obra Social			
Nombre genérico	Forma Farmaceutica	Nombre comercial	Dosis y Frecuencia
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

En caso de ser insuficiente el espacio, por favor, complete dos formularios indicando que es continuación del otro.

¿El AFILIADO presenta enfermedad DISCAPACITANTE por alguna de las enfermedades de la Res. 331/04? SI NO

¿Cuál? _____

¿TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD OFICIAL? SI NO

Firma y Sello Médico tratante

Fecha _____ / _____ / _____

OBSERVACIONES

AUTORIZACION - AUDITORIA MEDICA
_____ Firma y Sello Médico Auditor