

## Solicitud de Medicamentos para Patologías Crónicas

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: ..... Afiliado N° .....

Tratamiento Actual:..... Teléfono: (.....)..... Celular: ( (0341-

Patología	Monodroga	Nombre comercial	Toma Diaria	Presentación	Tiempo de Tratamiento

Observaciones: .....  
.....

La prescripción del medicamento debe ser indicada en forma separada por patología

Ej. Patología: Hipertensión Arterial. Monodroga: Enalapril

Ej. Patología: Dislipemia. Monodroga: Atorvastatín

Fecha:.....

Firma y Sello del Médico: .....