

San Juan, de de 20.....

Datos del/de la afiliado/a

Apellido y nombre completo:

DNI: Fecha de nac.: edad:

Domicilio: calle: n°: orientación: piso: manzana:

localidad: departamento:

celular: e-mail:

Ficha Médica

Historia clínica/diagnóstico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tratamiento

MONODROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES POR MES
Rp1			
Rp2			
Rp3			
Rp4			
Rp5			
Rp6			

.....
firma y sello del/de la profesional

REQUISITOS (si no se cumplen estos requisitos, el formulario no tendrá validez)

- Formulario de uso exclusivo en Farmacia DAMSU.
- El presente formulario será válido cuando haya sido completado en su totalidad exclusivamente por el médico tratante.
- Si el/la afiliado/a es atendido por más de un/a profesional, cada uno/a deberá prescribir en un formulario distinto la medicación solicitada.
- Si el/la médico/a modifica la dosis y/o concentración de un medicamento, deberá confeccionar una nueva planilla.
- No se reconocerán como tratamiento prolongado: psicotrópicos/estupefacientes.
- El Tratamiento Prolongado tendrá validez por 180 días a partir de la fecha de presentación.
- Para conocer los porcentajes de cobertura según medicación, ingresar a: www.damsusj.com.ar > Farmacia > Coberturas en Medicamentos