

## MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS POR PROVISIÓN Recetario Único

Fecha de Prescripción <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Recepción <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Entrega <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Apellido y nombre completo: _____		N° Afiliado: _____			
Domicilio: _____		Localidad: _____			
Teléfono de contacto: _____		Correo electrónico de contacto: _____			
Diagnóstico: _____		OMS <input type="checkbox"/> TMN <input type="checkbox"/>			
Sexo: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Talla: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Peso <input style="width: 50px;" type="text"/> SC(m <sup>2</sup> ) <input style="width: 50px;" type="text"/>			
<b>Datos del profesional prescriptor</b>					
Apellido y nombre completo: _____		N° Matrícula: _____			
Teléfono de contacto: _____		Correo electrónico de contacto: _____			
<b>Medicamentos prescritos</b>					
	Droga N° 1	Droga N° 2	Droga N° 3	Droga N° 4	Droga N° 5
Nombre Genérico					
Presentación (mg, UI, otros)					
Forma farmacéutica					
Dosis diaria					
Cantidad de días					
Total de dosis					
Dosis total por kg ó m <sup>2</sup> s.c.					
Cantidad de unidades					

**Importante:** NO SE DARÁ CURSO A SOLICITUDES QUE NO TENGAN COMPLETOS, EN SU TOTALIDAD, LOS DATOS DEL AFILIADO Y DEL MÉDICO PRESCRIPTOR DEL TRATAMIENTO. SIN EXCEPCIÓN. Asimismo, recuerde que, la autorización de la provisión se enviará dentro de los 7 días posteriores a la recepción del presente formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico prescriptor

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico Auditor