FORMULARIO DE MAYOR COBERTURA DE MEDICAMENTOS

Chubut ISSyS

Fecha: ...../...../.....

N° de Trámite: ...../.....

1. DATOS PERSONALES DEL AFILIADO

Nombre y Apellido: **Edad.:**

N° de afiliado: **Teléfono:** **Localidad:**

Obra Social: **Diagnósticos:**

2. PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Nombre y Apellido: **Especialidad:**

2. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Inicio: ☐ **Renovación:** ☐

DROGA	MARCA COMERCIAL	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	TIEMPO PRESCRIPTIVO EN MESES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

3. BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

4. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS (detallar y adjuntar fotoc. de los estudios)

.....

Firma y sello del Médico Tratante

NOTA: Los datos deben estar completos y con LETRA CLARA LEGIBLE, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras.-