



**Formulario de Solicitud de Insumos y Elementos de Tecnología  
Biomédica  
PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD**

**AL MÉDICO PRESCRIPTOR**

- (1) Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara. ( se rechazarán solicitudes ilegibles).
- (2) El criterio general de aprobación de las solicitudes se basa en los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicine Agency (EMA), para las indicaciones precisadas en cada caso.
- (3) Especificar detalladamente sin hacer alusión a marcas o modelos

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE Y APELLIDO:

.....

EDAD:..... SEXO:.....

DNI : ..... BENEFICIO N°.....

LOCALIDAD:.....

PROVINCIA:.....

TELÉFONO:.....

DIAGNÓSTICO: .....

ALTURA: ..... PESO:..... SUPERFICIE CORPORAL:.....

**DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR**

NOMBRE Y APELLIDO: .....

ESPECIALIDAD: .....

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (incluir prefijo):.....

**DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN EFECTUADA**

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

.....

.....

.....

.....

.....



**Formulario de Solicitud de Insumos y Elementos de Tecnología  
Biomédica  
PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD**

**INSUMO O ELEMENTO SOLICITADO**

*Características específicas:*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Institución

.....

Firma y sello del prescriptor:

Fecha de prescripción: ...../...../.....

Sello de la  
institución

Firma y sello  
del director del  
hospital