

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción
--

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Fecha de inicio de la enfermedad	/ /
----------------------------------	--------

Descripción cuadro clínico:

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

Droga	Dosis	Tiempo	Resultados	Droga	Dosis	Tiempo	Resultados

Tratamientos no farmacológicos: No	Sí	Detallar:
------------------------------------	----	-----------

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases/ mes

* Monoterapia: SI/ NO	Asociada con:

Estudios complementarios realizados (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

En el caso de imágenes (TAC, RMN, Rx, Ecografía, etc.) adjuntar los originales y, una vez emitido el dictamen por la Subgerencia de Medicamentos, devolverlos al afiliado

Parámetros mediante los que se valorarán los resultados

Score basal pretratamiento

Periodicidad de los controles

Duración estimada del tratamiento

Lugar y fecha	Firma y sello del médico especialista	Tel.	
		Fax	
		Mail	

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora