



AUDITORIA ONCOLOGICA
Formulario Medicación Complementaria
Declaración Jurada Médico Tratante - Paciente

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:.....

N° DE CARNET:.....

FECHA DE NACIMIENTO:...../...../.....

SEXO:..... TELEFONO:.....

DOMICILIO:

DIAGNOSTICO:.....

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO:...../...../.....

ESTADIO:.....

PROTOCOLO

Fundamento de uso de la Medicación propuesta:.....

.....

.....

.....

Medicamento /Presentación	Dosis diaria	Dosis Mensual	Duración de tratamiento

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

FECHA:/...../.....

Deberá ser acompañado de Bono de Plan Especial Resolución y estudios que avalen pedido médico cuando correspondiera.-

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

FECHA:/...../.....