



REGISTRO PARA COBERTURAS ESPECIALES
FORMULARIO DE SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN
DECLARACIÓN JURADA MÉDICO ESPECIALISTA TRATANTE-PACIENTE

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE y APELLIDO DEL PACIENTE:

Afiliado Nº:/..... Edad: Sexo: Fecha de Nacimiento:/...../.....

Directo ☐ Indirecto ☐ Teléfono: Cel

Domicilio:

DIAGNOSTICO :

Fecha de Diagnóstico:/...../.....

PROTOCOLO

HISTORIA CLINICA:.....

TERAPEUTICAS ANTERIORES (INICIO – EVOLUCION – DOSIS – RESPUESTA TERAPEUTICA) Informar si esta terapéu-

Tica tendrá vigencia junto a la nueva propuesta: ☐

MEDICACION PROPUESTA:

DOSIS: TIEMPO DE TRATAMIENTO:

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO: (falta de respuesta- evento adverso-intolerancia –otros).....

DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE

NOMBRE y APELLIDO del MEDICO SOLICITANTE:

ESPECIALIDAD: M.P. Nº..... Fecha:/...../.....

CONTACTO TE. -MAIL:.....

FIRMA Y SELLO:

(sólo para ser llenado por Auditoría DOS) PERIODO DE AUTORIZACION:

TIPO DE COBERTURA: ☐ PLANES ESPECIALES: ☐ PATOLOGÍAS ESPECIALES.....

AFILIADO AUTORIZADO Y DADO DE
ALTA POR D.O.S.

AUTORIZACION PRESTADOR
FARMACEUTICO

FIRMA Y SELLO MEDICO D.O.S.

FIRMA Y SELLO

IMPORTANTE

El presente formulario deberá completarlo Médico Especialista con letra clara y legible, sin omisión de datos. Médico solicitante deberá informar dato de contacto (dirección de correo electrónico o número de celular). A la vez deberán adjuntarse:

* fotocopia de recibo de sueldo del titular y Carnet del titular y respectiva fotocopia y afiliado indirecto cuando corresponda

* todos los estudios que acrediten la patología de base y que justifiquen las solicitudes farmacológicas respectivas.

Las Autorizaciones estarán sujetas estrictamente a indicaciones aprobadas por la ANMAT.

La omisión de alguno de los requisitos nombrados será causa de no admisión de documentación a los fines de Proceso de evaluación de la Auditoría Médica de la D.O.S.. Para ampliación de historia clínica, la misma se admitirá en formato original. Los casos de eventos adversos deberán presentarse con el adjunto de formulario ANMAT de farmacovigilancia (ficha paciente y ficha profesional tratante)

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/farmacovigilancia-ficha-eventos-adversos.pdf>