



Solicitud de tratamiento.

Autorización centralizada, uso normalizado, ostomizados y productos magistrales.

☐ Autorización centralizada ☐ uso normalizado ☐ ostomizados ☐ productos magistrales

Para ser completado por el profesional actuante

Nombre y Apellido:	
Nº Afiliado:	Tel.:
E-mail:	

Se encuentra empadronado en algún programa:

- ☐ SI ¿cual? ☐ NO
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patologías Crónicas | <input type="checkbox"/> Hemofilia A y B |
| <input type="checkbox"/> Patologías Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis Crónica Activa |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Transplante |
| <input type="checkbox"/> Patologías Oncológica y Oncohematológica | |

Tratamiento solicitado

Medicamento (nombre genérico)	Forma Farm.	Dosis/Unidad o Conc.	Dosis por Toma o Adm.	Intervalo de Adm.

Resumen de Historia Clínica:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Auditoría(autorizado o denegado):

.....

PARA SER COMPLETADO POR IPROSS

Delegación:	Fecha: / /
Firma y sello del personal responsable:	