

CENTRO MEDICO RED-SALUD FORMULARIO DE ORDEN DE ATENCIÓN

| tipo: 1 | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------|----------------------|------|-----------|----------------------|-----------------------|--|
| ORDEN DE ATENCIÓN | N N°008184 | | | | | | | |
| DNI: 71618639 | | iego Alc | onso Caceda Raffo | | | | Fech. Nac: 11/10/1993 | |
| Fecha de Atención: 29/11 | | Lugar de Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD | | | | | | |
| Especialidad: Ginecología | | | | | | | | |
| CONDICIONES DEL PLAN: Contigo Salud 12 meses | | | | | | | | |
| CONSULTA MÉDICA: Medicina General, Pediatría, Ginecología o Urología. | | | | | | | | |
| , Copago (S/.) 8 | | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Medicamentos genéricos de acuerdo al motivo principal en consulta, Cobertura (%) 100 | | | | | | | | |
| LABORATORIO: Exámenes de laboratorio de acuerdo al motivo principal en consulta., Cobertura (%) 100 | | | | | | | | |
| IMAGENOLOGÍA: De acuerdo al motivo principal en consulta, Hasta (S/.) 200 | | | | | | | | |
| CHEQUEO PREVENTIVO: Chequeo médico infantil o adulto previa coordinación con red salud. | | | | | | | | |
| Chequeo adulto: cita con médico general, control de peso, talla, hemograma. | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Chequeo infantil: control de peso, talla, hemoglobina, parasitológico simple y test de Graham. | | | | | | | | |
| , Cobertura (%) 100 | | | | | | | | |
| Motivo de consulta | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Exámen Físico / Historia Actual | | | | | | | | |
| PA: | FC: | | FR: | | Peso(kg): | | Talla(m): | |
| Cabeza: | | | Piel y Faneras: | | | | | |
| CV:RC: TP:MV: | | | | | | | | |
| Abdomen: | | | | RHA: | | | | |
| Neuro: | | | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Tratamiento (Según el p | rimer diagnóstico | , cubier | tos sólo en presenta | ción | genérica) | | | |
| Medicamento | | | Cantidad | | | Dosis | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médico Tratante | | | | | | Titular y/o Paciente | | |





Un mundo de posibilidades para tu salud

ORDEN DE MEDICAMENTOS



FORMULARIO DE ORDEN DE MEDICAMENTOS

| Paciente: Diego Alonso Caceda Raffo | en Atención N°: 008184 | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|
| DNI: 71618639 | | | | | | | | |
| Fecha Atención: 29/11/2019 | | | | | | | | |
| Lugar Atención: CENTRO MEDICO RED-SALUD | | | | | | | | |
| CONDICIONES DEL PLAN: Contigo Salud 12 meses | | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS GENÉRICOS: Medicamentos genéricos de acuerdo al motivo principal en consulta, Cobertura (%) | | | | | | | | |
| 100 | | | | | | | | |
| Diagnóstico | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Tratamiento: | | | | | | | | |
| Cubiertos (el plan sólo cubre medicamentos en su presentación genérica) | | | | | | | | |
| Medicamento | Cantidad | Dosis | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| No Cubiertos | | | | | | | | |
| Medicamento | Cantidad | Dosis | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Médico Tratante | Titular y/o Paciente | | | | | | | |
| | / | | | | | | | |

Es obligatorio el registro de los eventos de laboratorio por parte del Centro Médico.

Si tuviera algun problema o consulta, puede comunicarse con Red-Salud.

Central Telefónica: (01) 445-3019. RPM: #999908022. Email: contacto@red-salud.com

^{*} El plan no cubre vitaminas ni ansiolíticos.

^{*} La presente orden de medicamentos tiene validez por 7 días.