



**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRÓNICAS**

Resolución 310/04 Ministerio de Salud de la Nación

La solicitud de medicamentos deberá respetar las normas establecidas en esta Resolución en cuanto a la indicación de productos farmacéuticos según patología y su estado clínico.

(El formulario deberá ser completado en letra de IMPRENTA en todos sus ítems por el profesional prescriptor).

Beneficiario: Apellido y Nombre:

DNI Afiliado:  Tel Af

E-mail  Categoría: PMI-PMO

Dirección: ..... Localidad: ..... Provincia: .....

Médico/a Dr/a.: ..... Matric. Prof.: .....

Localidad: ..... Pcia.: ..... Tel: .....

Diagnósticos: .....

Prescripción: (por genérico para 30 días de tratamiento, presentación, concentración y cantidad):

- 1-.....
- 2-.....
- 3-.....
- 4-.....
- 5-.....
- 6-.....
- 7-.....

Resumen Historia Clínica: (con fundamento que avale la imprescindibilidad de las prescripciones):

Tratamientos realizados y resultados terapéuticos obtenidos: .....

Patologías concomitantes: .....

Fecha: ...../...../.....  
(Vencimiento a los 6/12 meses o  
ante cambios en la terapéutica)

Firma y sello  
del profesional

**RESERVADO PARA LA OBRA SOCIAL**

DICTAMEN DE AUDITORIA MÉDICA: .....

Vía de Excepción: SI / NO  
(Indicar lo que corresponda)

Nivel de Cobertura: 40 % 70% 100 %  
(Indicar lo que corresponda)

Fecha: ...../...../ 20.....

Firma y sello  
Medico Auditor