

RECETA DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

OBRA SOCIAL (SIGLAS) N° S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M
DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO
N° AFILIADO TELÉFONO
CALLE N° PISO DPTO. COD. POSTAL BARRIO
LOCALIDAD PROV. E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE
MATRÍCULA ESPECIALIDAD

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA DEGENERATIVA MUSCULAR
ADQUIRIDA REUMATOLÓGICA
NEUROLÓGICA PSIQUIATRICA
TRAUMATOLÓGICA OTRA

SÍNTOMAS DOMINANTES

CONVULSIONES DEFORMIDAD
RETRASO MOTRIZ DOLOR ARTICULAR
RETRASO MENTAL PSIQUIATRICOS
ESPASTICIDAD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

* Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoría.

NOTA

Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO

OSPIC OBRA SOCIAL
DEL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA
DEL CAUCHO