RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

SÓLO VÁLIDO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVIAMENTE REGISTRADOS

OBRA SOCIAL (SIGLAS) | Nº S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO | NOMBRE | SEXO F M

DOC. TIPO | NRO. | FECHA DE NACIMIENTO

Nº AFILIADO | TELÉFONO

CALLE | Nº | 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

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 auditoria.

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