

Formulario ⁽¹⁹⁾: ENFERMEDAD FIBROQUISTICA

Nombre y Apellido	
Beneficiario N°	Fecha Nac. / /

ACTUALIZACION DE HISTORIA CLÍNICA
 Informe sobre evolución, fundamentando la continuidad de la prescripción, sobre la base de los parámetros de valoración de resultados establecidos al inicio de tratamiento.

Estudios complementarios realizados a posteriori de la última autorización (anexar informe)

Tipo	Fecha
Tipo	Fecha

Fármaco solicitada por vía de excepción			
Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

Lugar y fecha	Firma y sello del médico especialista	<table border="1" style="width: 100%; height: 60px;"> <tr><td style="width: 15%;">Tel.</td><td> </td></tr> <tr><td>Fax</td><td> </td></tr> <tr><td>Mail</td><td> </td></tr> </table>	Tel.		Fax		Mail	
Tel.								
Fax								
Mail								

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demoras