

• Nombre y Apellido: _____

• Beneficiario N°: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____

• Diagnóstico CIE 10 (principal y secundario) respaldatorio de la prescripción _____

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

• Fecha de inicio de la enfermedad ____ / ____ / ____

• Descripción de cuadro clínico _____

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PREVIOS

DROGA	DOSIS	TIEMPO	RESULTADOS	DROGA	DOSIS	TIEMPO	RESULTADOS
-------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------

• Tratamientos no farmacológicos: NO SI Detallar: _____

FÁRMACO SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN *

DROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS	CANT. DE ENVASES / MES
-------	--------------	-------	------------------------

• * Monoterapia: SI NO Asociada con: _____

• Estudios complementarios realizados (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

En el caso de imágenes (TAC, RMN, RX, Ecografía, etc.) adjuntar los originales y, una vez emitido el dictamen por la Subgerencia de Medicamentos, devolverlos al afiliado.

• Score basal pretratamiento _____

• Periodicidad de los controles _____

• Duración estimada del tratamiento _____

Lugar y Fecha	Firma y sello del médico especialista
---------------	---------------------------------------

• Tel. _____

• Fax _____

• Mail _____