

Nombre y Apellido: _____ Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Beneficiario N°: _____

ACTUALIZACIÓN 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 SOLICITADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad env. / mes

LUGAR_____
FECHA_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Tel: _____

Fax: _____

Mail: _____