

**Datos de la Persona Afiliada**

N° de afiliado

Apellido

Nombre

**Medicamentos Subsidiados por Razones Sociales**

	Cantidad de envases por mes	Droga	Presentación
1			
2			
3			
4			

 Tratamientos no farmacológicos:  Sí  NO

Detallar:

**Solicitud de Agregado de Medicamentos**

	Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Duración estimada del tratamiento	Diagnóstico
5						
6						
7						
8						
9						
10						

**Resumen de historia clínica**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico

Teléfono

e-mail