



FORMULARIO DE MEDICACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

Sr. Profesional: para simplificar la dispensa de medicación, solicitamos se complete el presente formulario. A partir del mismo la solicitud de los medicamentos empadronados podrá realizarse en forma **semestral**.

La prescripción debe cumplir con lo regulado en el artículo 2 de la ley 25649 y la resolución número 326/02

1- INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Afiliado N°:

Sexo: ☐ F ☐ M

Fecha: / /

Apellidos y Nombres:

2- PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellidos y Nombres:

Especialidad:

Matrícula:

Email:

Teléfono:

3- EMPADRONAMIENTO

Inicio:

Cambio:

4- DIAGNÓSTICO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione la o las patologías que correspondan)

Hemofilia

Oncología-Hematología

Neurológicas Crónicas

Pulmonares Crónicas

Cardiovasculares - HTA

Terapia del Dolor

Diabetes

Trasplantados

Endocrinológicas-Hormona del Crecimiento

Trastornos Inmunológicos

Enfermedad de Parkinson

Trastornos Psiquiátricos

Fibrosis Quística

Hipotiroidismo

Glaucoma

Otras (especificar)

Anticoncepción

5- TRATAMIENTO INDICADO Y/O PLAN TERAPEUTICO

PRINCIPIO ACTIVO

POTENCIA

DOSIS DIA

DIAS DE TRATAMIENTO
(30/60/90/120/150/180)

OBSERVACIONES H.C.

Form. D. P. 1.1

.....
Firma y sello del profesional solicitante

IMPORTANTE:

Adjuntar al presente formulario la fotocopia de la credencial del beneficiario.

Realizar la receta médica para un período de 6 (seis) meses.



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____

con CUIL----- beneficiario de la OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE
LA INDUSTRIA DEL VIDRIO Y AFINES. (O.S.P.I.V.), con

domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, TEL: _____ declaro por la presente

mi conformidad para someterme al tratamiento _____ de Medicación, el _____ cual
se detalla a continuación (aclarar tratamiento _____ y período):____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°_____
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 1.2