



FORMULARIO- MÓDULO MEDICACION DE ALTO COSTO.



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: O.S.P.I.V.

RNAS: 1-2250-0

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico:

Antecedentes de la enfermedad: _____

Detalle del tratamiento completo, detallando diagnóstico y especificando según corresponda:
*Estadificación, *Anatomía Patológica, *Expresión de receptor Her2 y receptores estrogenitos.*Tratamientos
Previos de quimioterapia efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta.* Protocolo de quirúrgico
si se efectuó cirugía y Protocolo de radioterapia si fue efectuada. _____

Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____

Tiempo de tratamiento previsto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.3.1



SOLICITUD DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Establecimiento:

Código:

Apellidos y Nombres:

Obra Social: O.S.P.I.V.

N° de Beneficiario:

DNI N°:

Edad:

Sexo: ☐ F ☐ M

Fecha de solicitud: / /

Fecha de inicio de tratamiento: / /

Diagnóstico:

Código:

DROGAS SOLICITADAS

Nombre genérico:

Dosificación:

Tiempo de tratamiento:

Resumen de historia clínica (detalle de tratamientos farmacológicos previos, fecha de inicio y suspensión, motivos de cambio de esquema, documentación respaldatoria en caso de toxicidad):

Deberá adjuntar exámenes complementarios con los que arribó al Diagnóstico.

NOTA: para dar curso a la presente solicitud, deberá contar con la totalidad de los datos solicitados.

Se hace saber al profesional interviniente que la prescripción debe ajustarse a lo dispuesto por la normativa vigente, ARTÍCULO 2°. Ley 25.649, Resolución del Ministerio de Salud N° 326/2002 y Resolución 3934/2024.

Fecha: / /

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.3.2



PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellidos y Nombres: _____

N° de beneficiario: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento prescripto

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Datos médico tratante

Nombres y Apellidos: _____

Matrícula N°: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

.....
Firma y sello de médico tratante



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 _____, 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