

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