

**SOLICITUD DE AMPLIACIÓN
DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS**

Apellido y Nombre: Nro de afil.....

Fecha de nacimiento / / Sexo M / F Titular Optativo

Domicilio:.....Localidad:..... Tel:.....

Resumen de Historia Clínica (diagnósticos principales).....

.....

.....

MEDICACIÓN INDICADA

SR. MEDICO: EL PRESENTE FORMULARIO DEBE INCLUIR TODA LA MEDICACIÓN CONSUMIDA POR EL PACIENTE EN FORMA MENSUAL

	MONODROGA Y/O NOMBRE GENÉRICO Y PRESENTACIÓN	TOMAS DIARIAS INDICADAS	CANTIDAD MENSUAL DE CAJAS DEL MEDICAMENTO	OBSERVACIONES (TIEMPO ESTIMADO DEL TRATAM.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Lugar y fecha: _____ / ____ / ____

Firma y sello médico

INFORME AUDITORIA MÉDICA:

Se autoriza por el término de _____ / _____ recetas o hasta _____ medicamentos para reintegro.