

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICACIÓN



Estimado Profesional:

Rogamos completar la totalidad de los ítems a fin de especificar datos imprescindibles para la autorización y evitarle a su paciente molestias innecesarias:

Apellido y Nombre: _____

Afiliado N° _____ Edad: _____ N° de teléfono: _____

Mail: _____

DROGA GENÉRICA	DOSIS DIARIA	DIAGNÓSTICO

Los ingiere desde: _____

Peso: _____ Talla: _____

Exámenes realizados relacionados con la prescripción:
(ADJUNTAR INFORME Y/O RESULTADOS)

Fecha de realización de los mismos:

.....
Firma y sello del médico tratante

Fecha: / /

Para ser completado por Auditoría Médica

Tratamiento autorizado durante: VG:

.....
Firma y sello Auditoría

Fecha: / /