

FORMULARIO MEDICAMENTOS DISCAPACIDAD

A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE (especialista)

Primer Pedido	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
----------------------	----	--------------------------	----	--------------------------

* Campos obligatorios

BENEFICIARIO				
CUIL/DNI N°:	Edad:	Peso:	Talla:	Sexo:
Domicilio*	Localidad*			
Teléfono*	E-mail*			
Diagnóstico CUD*(Certificado Único de Discapacidad)*				
Enfermedad actual*:				
Vive*:	Solo <input type="checkbox"/>	Flia. <input type="checkbox"/>	Geriatrico <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS SOLICITADOS

DOSIS

Nombre genérico de la droga Diaria Semanal Mensual

Rp 1	
Rp 2	
Rp 3	
Rp 4	
Rp 5	
Rp 6	
Rp 7	
Rp 8	
Rp 9	
Rp 10	

Auditoría técnica del subsidio de salud:
discapacidad@ipsst.gov.ar
Asunto: Solicitud de Medicamentos - Discapacidad

HISTORIA CLÍNICA

Firma del Afiliado

Firma y Sello del Médico
(Nombre y Apellido, Matrícula Profesional)

Datos del profesional:

Domicilio
e-mail
Teléfono

IMPORTANTE: PARA ACCEDER A LO SOLICITADO DEBE ESTAR
EMPADRONADO/A A DISCAPACIDAD