

Pedido de medicación

(Completar todos los campos del formulario)

Fecha

Datos del socio

Nombre y Apellido	N° de Socio	N° de DNI	Edad
Domicilio	Localidad	Código Postal	
Teléfono ()	Email		

Diagnósticos

Según CUD _____

Otras patologías _____

Resumen de historia clínica

Consignar tiempo de evolución - Detallar antecedentes del paciente, tratamiento indicado con justificación del mismo. Señalar el motivo por el cual se indica cada medicamento. Ej: Carbamazepina para tratamiento de epilepsia.

Pedido de medicación (continuación)

Tratamiento (consignar todos los datos)

Droga (nombre genérico)	Miligramos	Comp. por día	Justificación médica

Datos del profesional

Nombre y Apellido	
Domicilio	Localidad
Teléfono ()	Email

Firma y sello del Profesional	Aclaración
-------------------------------	------------

Adjuntar formulario y copia de receta prescrita por puño y letra del profesional tratante.