SALUD PLENA

DISCAPACIDAD

Fecha: ……/……/……

APELLIDO Y NOMBRES ……

NRO. AFILIADO ……/…… DNI ……

CUIL ……-……-…… TEL. …(……)……

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

	FÁRMACO	Potencia		FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA
Ejemplo de llenado de formulario Medicación	Timolol	5%		gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg		comprimidos	1/2 x dia	BBB

……
Firma y Sello Médico

……
Firma y Sello Auditoría O.S.

OBSERVACIONES

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico prescriptor