

MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y NO ONCOLÓGICOS POR PROVISIÓN Recetario Único

Fecha de Prescripción <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Recepción <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fecha de Entrega <input style="width: 100%;" type="text"/>
Apellido y nombre completo: _____		N° Afiliado: _____
Domicilio: _____		Localidad: _____
Diagnóstico: _____		OMS <input type="checkbox"/> TMN <input type="checkbox"/>
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Talla <input style="width: 50px;" type="text"/>	Peso <input style="width: 50px;" type="text"/> SC(m ²) <input style="width: 50px;" type="text"/>

Medicamentos prescritos					
	Droga N° 1	Droga N° 2	Droga N° 3	Droga N° 4	Droga N° 5
Nombre Genérico					
Presentación (mg, UI, otros)					
Forma farmacéutica					
Dosis diaria					
Cantidad de días					
Total de dosis					
Dosis total por kg ó m ² s.c.					
Cantidad de unidades					

Importante: Recuerde que, la entrega de la medicación se realizará dentro de los 7 días posteriores a la recepción del presente formulario.

Firma y sello del Profesional

Firma y sello del Médico Auditor

DOMICILIO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS			
Calle: _____	N°: _____	Piso: _____	Dpto.: _____
Localidad: _____		Teléfono de contacto: _____	
Correo electrónico de contacto: _____			