

Suc.

TRATAMIENTO PROLONGADO

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:..... Afiliado N° DNI N° Sexo..... Edad..... Tel.....

DIAGNOSTICO

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

DETALLE DE MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	Nº DE ENVASES MENSUALES	IMPORTE AUTORIZADO

Firma y sello del médico solicitante

Firma y sello del médico Auditor OSPUNCBA

La presente autorización es válida por 180 días a partir de la fecha.

TROQUEL

TROQUEL

TROQUEL

TROQUEL

TROQUEL

TROQUEL