

Datos del afiliado

Apellido Nombre

Edad Sexo F M Tipo y número de documento DNI LE LC

Domicilio

Localidad Teléfono ()

Datos del medicamento a completar por el Profesional

Nombre Genérico	Nombre Comercial Sugerido	Forma farmacéutica a utilizar	Potencia/Concentración (Mg.)	Dosis diaria

Designe la forma farmacéutica a utilizar: Comprimidos Capsulas Ampolla

Otras

Tiempo de tratamiento estimado: Dos meses cuatro meses seis meses más

Firma y sello del Profesional Tratante

Fecha