FORMULARIO DE MEDICACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS/ANTICONCEPCIÓN

OSFATUN
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

Sr. Profesional: para simplificar la dispensa de medicación, solicitamos se complete el presente formulario. A partir del mismo la solicitud de los medicamentos empadronados podrá realizarse en forma **semestral.**

1- INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Afiliado N°:	Sexo: ☐ F ☐ M	Fecha: / /
Apellidos y Nombres:		

2- PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

Apellidos y Nombres:	
Especialidad:	Matrícula:
Email:	Teléfono:

3- EMPADRONAMIENTO

Inicio:	Cambio:

4- DIAGNÓSTICO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione la o las patologías que correspondan)

Hemofilia	☐	Oncología-Hematología	☐
Neurológicas Crónicas	☐	Pulmonares Crónicas	☐
Cardiovasculares - HTA	☐	Terapia del Dolor	☐
Diabetes	☐	Trasplantados	☐
Endocrinológicas-Hormona del Crecimiento	☐	Trastornos Inmunológicos	☐
Enfermedad de Parkinson	☐	Trastornos Psiquiátricos	☐
Fibrosis Quística	☐	Anticoncepción	☐
Glaucoma	☐	Otras (especificar)	

5- TRATAMIENTO INDICADO Y/O PLAN TERAPEUTICO

PRINCIPIO ACTIVO	POTENCIA	DOSIS DIA	DIAS DE TRATAMIENTO (30/60/90/120/150/180)

OBSERVACIONES H.C.

Form. D. P. 1.1

.....
Firma y sello del profesional solicitante

IMPORTANTE:
Adjuntar al presente formulario la fotocopia de la credencial del beneficiario.
Realizar la receta médica para un período de 6 (seis) meses.