

FORMULARIOS SUR MÓDULO MEDICACIÓN DE ALTO COSTO





RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Obra Social: OSFATUN

RNOS: 1-2550-9

Nombres:

Apellidos:

Edad:

Sexo: F M

DNI N°:

Beneficiario N°:

Diagnóstico:

Antecedentes de la enfermedad: _____

Detalle del tratamiento completo, detallando diagnóstico y especificando según corresponda: *Estadificación, *Anatomía Patológica, *Expresión de receptor Her2 y receptores estrogénicos. *Tratamientos Previos de quimioterapia efectuados con detalle de droga/dosis/tiempo y respuesta. * Protocolo de quirúrgico si se efectuó cirugía y Protocolo de radioterapia si fue efectuada. _____

Fundamentación Médica (con detalle de dosis diaria y mensual requerida): _____

Tiempo de tratamiento previsto: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante

Form. D. P. 2.3.1



SOLICITUD DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Establecimiento:		Código:
Apellidos y Nombres:		
Obra Social: OSFATUN	N° de Beneficiario:	
DNI N°:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de solicitud: / /	Fecha de inicio de tratamiento: / /	
Diagnóstico:		Código:

DROGAS SOLICITADAS

Nombre genérico:
Dosificación:
Tiempo de tratamiento:

Resumen de historia clínica (detalle de tratamientos farmacológicos previos, fecha de inicio y suspensión, motivos de cambio de esquema, documentación respaldatoria en caso de toxicidad):

Deberá adjuntar exámenes complementarios con los que arribó al Diagnóstico.

NOTA: para dar curso a la presente solicitud, deberá contar con la totalidad de los datos solicitados.

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante



PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellidos y Nombres: _____

N° de beneficiario: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento prescripto

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Artículo: _____

Cantidad diaria: _____

Cantidad mensual: _____

Cantidad semestral: _____

Datos médico tratante

Nombres y Apellidos: _____

Matrícula N°: _____

Fecha: ____/____/____

.....
Firma y sello de médico tratante



CONFORMIDAD DE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS

Quién suscribe _____

con CUIL _____ - _____ - _____ beneficiario de la OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES (OSFATUN), con domicilio en calle _____ N° _____

Piso _____ Dpto. _____ CP _____ Localidad _____

Provincia _____, declaro por la presente mi conformidad para someterme al tratamiento de Medicación, el cual se detalla a continuación (aclarar tratamiento y período): _____

En la ciudad de _____ Provincia _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

.....
Firma del titular o Tutor, Aclaración y DNI N°

.....
Firma y sello de médico tratante