



FORMULARIO UNIFICADO

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA
PATOLOGIAS CRONICAS

DATOS DEL BENEFICIARIO:

Apellido y Nombre:.....

Tipo y número de documento:.....

Domicilio:..... C.P:.....

Localidad:..... T.E:.....

	Programa/ Enfermedad	Medicamento (por genérico)	Presentación	Dosis diaria	Dosis mensual
1					
2					
3					
4					
5					
6					

FECHA INICIO TRATAMIENTO

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO

Resumen de Historia Clínica:

.....
.....
.....
.....

Datos del profesional solicitante:

Nombre y Apellido:.....

Especialidad y N° de matricula:.....

Tel/Fax:.....

Firma:.....Sello:.....

PARA SER LLENADO POR OSPIA

Afiliación Verificada por

Firma y Sello

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR AUDITOR MEDICO:

PORCENTUAL ASIGNADO:

PERIODO AUTORIZADO:

DELEGACION:

EMPRESA: