



**SOLICITUD PARA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS DE ALTA ESPECIFICIDAD  
ALTO COSTO BAJA INCIDENCIA**

Apellido y Nombres:..... Fecha de Nacimiento:...../...../.....  
Sexo: M / F      Afiliado Nro:...../.....      E-Mail.....  
Provincia:.....Localidad:.....      Domicilio:.....  
.....      Tel:.....

Diagnóstico:..... Fecha:...../...../.....  
Antecedentes:.....  
Resumen de Historia Clínica:.....  
.....  
.....  
.....

Resultado Estudios y Análisis.....  
.....  
.....

Medicación:

Droga*	Marca**	Dosis Diaria	Días de Tratamiento

**\*Droga: Consignar el nombre genérico de la droga indicada.**  
**\*\*Marca: Se solicita proponer 2 ó 3 marcas comerciales.**

Médico Tratante:.....Matrícula N°:.....  
Institución: .....Teléfono:.....

Fecha:...../...../.....      Firma y Sello:.....