



DISCAPACIDAD
HISTORIA CLINICA / PRESCRIPCION MEDICA / FICHA REGISTRO
VIGENCIA SEMESTRAL (Ley 24.901)

Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar, por WhatsApp al 011-3841-6805. Ante cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ponemos a su disposición nuestra página web, www.ospip.org.ar donde podrá encontrar los protocolos en uso e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

Ingreso Reingreso

FECHA: ____/____/____

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº DE BENEFICIARIO:

DNI TIPO:

DNI NRO:

DOMICILIO:

TEL.:

LOCALIDAD – PROVINCIA:

MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

EDAD:

SEXO: F / M / O

NOTA: Es requisito indispensable que el médico tratante complete la **DOSIS DIARIA** solicitada en el cuadro, a fines de una correcta auditoría.
Ley 25.649, Art. Segundo "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".

ES REQUISITO OBLIGATORIO ADJUNTAR EL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD).

TRATAMIENTO SOLICITADO (*) OBLIGATORIO MÉDICO PRESCRIPTOR

MONODROGA*	POTENCIA*	PRESENTACIÓN*	DOSIS DIARIA*	ENVASES
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ejemplo de llenado de formulario medicamento	MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	ENVASES
	Enalapril	10 mg	comprimidos	2 x día	1 x 60
	Timolol	0,50%	gotas	1 c/ojo c/12hs	1

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

Otras Patologías / Observaciones:

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

