

Fecha: ____/____/____

Datos personales

Apellido y Nombre: _____
Mail: _____ Tel.: _____ Cel: _____
DNI: _____ Edad: _____ Género: _____

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico: ____/____/____ Fecha Inicio de CUD: ____/____/____
Diagnóstico según CIE 10: _____ Fecha Vencimiento de CUD: ____/____/____
Código Descripción

Tratamiento indicado

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual

Resumen de Historia Clínica

Peso Kg. Talla Mt. Fecha / /

Indicar evolución de la patología

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____ Matrícula nacional: N° _____
Mail: _____ Matrícula provincial: N° _____
Tel.: _____ Cel: _____ Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, tambien debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico.
- Copia certificado de discapacidad vigente
- Consentimiento informado.

CONTINUIDAD

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, tambien debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia y duplicado en caso de que corresponda. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, tambien debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento y/o aumento de dosis.
- Consentimiento informado

DOCUMENTACIÓN ANUAL

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de estudios actualizados.
- Consentimiento informado.

Importante: Le recordamos que debera actualizar la presentación del CUD, una vez vencida la vigencia del mismo.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoria Médica.**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ____/____/____

Nombre completo del paciente o Sigla

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

DNI

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y MEDICACIÓN

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ____ de _____ de_____, en la Ciudad de _____, Provincia de _____.

Firma del Médico
Responsable

Aclaración

Tipo y N° de Matrícula

Firma del Paciente o
Representante Legal

Aclaración / Sigla

D.N.I.