



**SECRETARIO ÚNICO: INICIO O CAMBIO DE ESQUEMA
PROGRAMA DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

Ministerio de Salud

☐ INICIO

REPETICIÓN ☐

ONCOLÓGICO

CRÓNICO ☐

Apellido: _____

Nombres: _____

Tipo y N° de documento : _____

Tipo y N° de documento :

Fecha de Nacimiento:

Sexo:

Nacionalidad:

Domicilio:

Nº:

Piso / Depto:

CP: Localidad:

Tel/Cel de contacto:

E mail de contacto:

Partido:

Peso (kg):

Talla (cm):

Sup. Corporal (m²):

Diagnóstico:

T/N/M:

Estadio:

Nº de Ciclo:

Interval:

PS (0-4):

Datos del establecimiento de Atención: HOSPITAL

Localidad:

Prescripción ajustada a VADEMECUM del Banco de Drogas . Prescripción por Ley de Genéricos

[illegible]

Sr/a Paciente: Verifique que todos los campos estén completos a fin de evitar demoras en los trámites.

Todas las recetas deben ser originales

Fecha vigencia de receta: 30 días hábiles

Todas las modificaciones deben ser salvadas con la firma y sello del médico

ADJUNTAR

Con Cada INICIO o CAMBIO
de medicamento

Fotocopia DNI,
Negativa de ANSES,
Fotocopia Anatomía Patológica
Laboratorio (con receptores, etc.)
Imágenes
Resumen de Historia Clínica.

DATOS TRÁMITE

Sede del banco N°

Fecha de recepción

Me atendió:.....

Tel. Sede:.....

Llamar a partir de la fecha:

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL