



Formulario de Solicitud de Insumos y Elementos de Tecnología Biomédica
PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD

AL MÉDICO PRESCRIPTOR

(4) Por favor consignar los datos que correspondan con letra de imprenta y clara. (se rechazarán solicitudes ilegibles).

(5) El criterio general de aprobación de las solicitudes se basa en los medicamentos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la Food and Drug Administration (FDA) y la European Medicine Agency (EMA), para las indicaciones precisadas en cada caso.

(6) Especificar detalladamente sin hacer alusión a marcas o modelos

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO:

.....

EDAD..... SEXO.....

DNI: BENEFICIO N°.....

LOCALIDAD:.....

PROVINCIA:.....

TELÉFONO:

DIAGNÓSTICO:

ALTURA: PESO:..... SUPERFICIE CORPORAL:.....

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

NOMBRE Y APELLIDO:

ESPECIALIDAD:

TELÉFONO PARTICULAR O CELULAR (*incluir prefijo*):

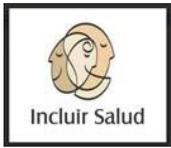
DIAGNÓSTICO QUE JUSTIFICA LA INDICACIÓN EFECTUADA

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....
.....



Formulario de Solicitud de Insumos y Elementos de Tecnología Biomédica
PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD

INSUMO O ELEMENTO SOLICITADO

Características específicas:

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

Institución

.....

Firma y sello del prescriptor:

Firma y sello del Jefe de Servicio:

Firma del Director del Hospital:

Fecha de prescripción:/...../.....