



**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:..... SUPERFICIECORPORAL:.....

**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: ...../...../.....