

FORMULARIO DE DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

» **POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA****DATOS DEL BENEFICIARIO/A**

Apellido: Nombre: Género:

Tipo y N° documento: Fecha de Nacimiento:

N° Afiliado/a: Teléfono:

Calle: N°: Piso: Dpto: CP: Barrio:

Localidad: Provincia: E-mail:

Vencimiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD):

DATOS DEL/LA PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO/A)

Apellido: Nombre: Teléfono:

Matrícula: Especialidad: E-mail:

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSALCONGÉNITA ☐ DEGENERATIVA MUSCULAR ☐ADQUIRIDA ☐ REUMATOLÓGICA ☐NEUROLÓGICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐TRAUMATOLÓGICA ☐ OTRA:**SÍNTOMAS DOMINANTES**CONVULSIONES ☐ DEFORMIDAD ☐RETRASO MOTRIZ ☐ DOLOR ARTICULAR ☐RETRASO MENTAL ☐ PSIQUIÁTRICOS ☐**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/ACLARACIONES****TRATAMIENTO SOLICITADO**

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

*Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoría.

NOTA: Prescripción: "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 forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL/LA PROFESIONAL MÉDICO/A