

FORMULARIO DE DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

» **POR FAVOR CONFECCIONAR EN LETRA IMPRENTA****DATOS DEL AFILIADO**

Apellido: Nombre: Sexo: F / M
Doc. Tipo: Nro: Fecha de Nacimiento:
Nº Afiliado: Teléfono:
Calle: Nº: Piso: Dpto: CP: Barrio:
Localidad: Provincia: E-mail:

Vencimiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD):

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

Apellido: Nombre: Teléfono:
Matrícula: Especialidad: E-mail:

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA ☐ 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 PROFESIONAL MÉDICO