

## SOLICITUD PARA AMPLIACIÓN DE RECETARIOS

Afiliado Titular: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Legajo N°: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sr. Médico Auditor:** \_\_\_\_\_

Me dirijo a Ud. en calidad de Médico de cabecera del Sr/a.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, a cuya historia clínica es: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Por lo expuesto la dosis de medicación diaria es:** \_\_\_\_\_

① \_\_\_\_\_

② \_\_\_\_\_

③ \_\_\_\_\_

④ \_\_\_\_\_

⑤ \_\_\_\_\_

⑥ \_\_\_\_\_

⑦ \_\_\_\_\_

⑧ \_\_\_\_\_

⑨ \_\_\_\_\_

⑩ \_\_\_\_\_

Duración del Tratamiento: \_\_\_\_\_

La Plata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional

### **USO INTERNO**

#### **AUTORIZACIONES PREVIAS**

Visto lo expuesto por el Dr.; \_\_\_\_\_, esta auditoría aconseja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Plata: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Médico Autor