

**SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS**  
**Excluidos del Formulario Terapéutico**

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

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

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

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Droga Solicitada: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/s por los que se requiere el uso de la droga: \_\_\_\_\_

Dosis indicada: \_\_\_\_\_ Duración del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Ventaja de la droga solicitada sobre las incluidas en el formulario terapéutico que justifiquen su utilización:

\_\_\_\_\_

Se han utilizado anteriormente algunas drogas incluidas en el formulario terapéutico para tratar esta situación? **SI** **NO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Causas de la suspensión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

**USO INTERNO**

AUTORIZACIONES PREVIAS: \_\_\_\_\_

INFORME DE AUDITORÍA MÉDICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

INFORME ÁREA PRESTACIONES Y SALUD: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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