

# Solicitud de Medicamentos de Alto Costo

INGRESO A PLANES Y/O TRATAMIENTOS ESPECIALES



IMPORTANTE: La falta de algún dato impedirá que la solicitud sea tratada en el Consejo de Administración.

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA AFILIADA \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_ AFILIADO/A N° \_\_\_\_\_

PESO (EN Kg.) \_\_\_\_\_ TALLA (en cm.) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PROFESIONAL INTERVINIENTE \_\_\_\_\_ MATRÍCULA N° \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_ TELÉFONO DE CONTACTO \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO (Codificado) \_\_\_\_\_

DROGA SOLICITADA \_\_\_\_\_

*En caso de requerir una determinada marca, debe adjuntar el resumen de Historia Clínica con evidencia científica respaldatoria.*

FECHA PROGRAMADA DE INICIO DEL TRATAMIENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DROGA	DOSIS DIARIA	TIEMPO DE UTILIZACIÓN
1		
2		
3		
4		

ESQUEMA TERAPÉUTICO \_\_\_\_\_

CRITERIO DE TRATAMIENTO CURATIVO    SÍ                       NO

CRITERIO PALIATIVO                      SÍ                       NO

IMPORTANTE: Se deberá adjuntar el consentimiento informado según Ley, junto a la Historia Clínica, receta de medicamentos y estudios de diagnóstico específico según patología.

VENTAJAS COMPARATIVAS DEL FÁRMACO INDICADO \_\_\_\_\_

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA \_\_\_\_\_

\*Esta medicación debe estar indicada por médico especialista calificado\*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA DE RECEPCIÓN

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO  
PROFESIONAL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA CONFORMIDAD  
DEL AFILIADO/A