

DATOS PARA SOLICITUD Orden de APS-FARMACIA-EXAMENES

NOMBRE Y APELLIDO TITULAR _____

C.I. TITULAR _____

NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO _____

C.I. PACIENTE _____

TELEFONO CONTACTO: _____

DIAGNOSTICO: _____

DATOS PROVEEDOR (según requerimiento)

NOMBRE CENTRO DE APS / FARMACIA _____

CONSULTA MEDICA -ESPECIALIDAD _____

EXAMENES -NOMBRE _____

MEDICAMENTOS _____

LLENAR UNA PLANILLA POR CADA SOLICITUD

SOLICITAR CITA EN EL CENTRO PREVIO AL LENADO DE LA PLANILLA

VERIFICAR LA DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTO EN LA FARMACIA SELECCIONADA

Debe anexar: un solo archivo PDF

- Planilla
- Informe medico en los casos que aplique (primera consulta no corresponde).
- El informe con una vigencia no mayor a los 6 meses
- Orden medica de exámenes con una vigencia no mayor a 3 meses
- Rècipe de medicamentos, indicaciones e informe no mayor a los 6 meses