



Obra Social del Personal Adminstracion y Tecnico de la Construccion y Afines
Registro Nacional de Obras Sociales N° 10530/9

FICHA DE ALTA DE PACIENTES CON COBERTURA AL%
EN MEDICACION POR PATOLOGÍA CRONICA

Fecha de solicitud: _____

Nombre y Apellido: _____

Nº de Afiliado: _____

Edad: _____

INICIO DE PRESCRIPCION

MEDICACION GNERICA	FORMA FARMACEUTICA	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	CANTIDAD DE ENVASES TTRIMESTRAL	RESOL. 310 S.S.S.

DIAGNOSTICO SOBRE MEDICACION SOLICITADA Y OTROS

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS REALIZADOS (LAB., E.C.G., EST. FUNCIONALES)

ANTECEDENTES DE INTERNACION POR PATOLOGÍA (EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS)

MEDICACION UTILIZADA PREVIAMENTE A LA INDICACION ACTUAL

AUDITORIA:

.....
FIRMA MEDICO

.....
FIRMA BENEFICIARIO