

RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

SÓLO VÁLIDO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVIAMENTE REGISTRADOS

El presente formulario está diseñado para que el médico tratante pueda repetir la prescripción de medicamentos a pacientes que ya se encuentran inscriptos en determinadas patologías crónicas prevalentes, es decir, que previamente han cumplimentado y enviado el formulario de empadronamiento correspondiente a su patología. Si el profesional desea consignar una nueva enfermedad, y requerir su medicación correspondiente, deberá llenar con este fin un nuevo formulario de empadronamiento, donde consignará los datos requeridos para esa enfermedad. Para evitar demoras en la entrega de sus medicamentos, le solicitamos que haga confeccionar el presente formulario aproximadamente unos 20 días antes de que se termine la medicación que actualmente esta consumiendo.

Los formularios pueden enviarse por correo electrónico a formularios@garantiamedica.com o por WhatsApp al +54 9 11 7039-7215

Para cualquier consulta comuníquese al (11) 4548-4827 /28 / 29 de lunes a viernes de 9 a 18 hs.

Señor profesional: Puede ingresar a nuestro sitio web www.garantiamedica.com para consultar los protocolos en uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N° S.S.S.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO

NOMBRE

SEXO

 F M

DOC. TIPO

NRO.

FECHA DE NACIMIENTO

N° AFILIADO

TELÉFONO

CALLE

N°

PISO

DPTO.

COD. POSTAL

BARRIO

LOCALIDAD

PROV.

E-MAIL

(CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO

NOMBRE

MATRÍCULA

ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

* Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoria.

NOTA

Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO

● Los formularios pueden enviarse por correo electrónico a formularios@garantiamedica.com o por WhatsApp al +54 9 11 7039-7215

● Para cualquier consulta comuníquese al (11) 4548-4827 /28 / 29 de lunes a viernes de 9 a 18 hs.

● **Señor profesional:** Puede ingresar a nuestro sitio web www.garantiamedica.com para consultar los protocolos en uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.