RECETA DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

Garantía Médica

OBRA SOCIAL (SIGLAS) **Nº S.S.S.**

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M

DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO

Nº AFILIADO TELÉFONO

CALLE Nº 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

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

- CONGÉNITA ☐
- ADQUIRIDA ☐
- NEUROLÓGICA ☐
- TRAUMATOLÓGICA ☐
- DEGENERATIVA MUSCULAR ☐
- REUMATOLÓGICA ☐
- PSIQUIATRICA ☐
- OTRA ☐

SÍNTOMAS DOMINANTES

- CONVULSIONES ☐
- RETRASO MOTRIZ ☐
- RETRASO MENTAL ☐
- ESPASTICIDAD ☐
- DEFORMIDAD ☐
- DOLOR ARTICULAR ☐
- PSIQUIATRICOS ☐

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 comuniquese 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.