

N° Socio: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Medicamentos Prescritos:**

	Genérico Marca Comercial	Dosis Diaria	Presentación	Cantidad
RP1				
RP2				
RP3				
RP4				

**Resumen Historia Clínica:** incluir tiempo estimado de tratamiento.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datos Médico Prescriptor:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Firma y Sello Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*Validez desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

*Por favor 30 días antes de la fecha de vencimiento deberá presentar en la oficina, el nuevo formulario de tratamiento crónico completo, el cual será provisto previamente por BRITÁNICA SALUD. El presente no es válido a los efectos de Facturación de la farmacia y deberá quedar en poder del afiliado.*

**\*Campo a ser completado por Británica Salud.**