



**SR. PROFESIONAL: PRESCRIBIR MEDICAMENTOS
DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO EN VIGENCIA**

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO PROLONGADO

APELLIDO Y NOMBRES:..... Sexo:.....
AFILIADO Nro:..... Edad:..... TITULAR FAMILIAR
TIPO DE DOCUMENTO:..... NUMERO:.....
DIRECCIÓN:..... Nro:..... Tel:.....
LOCALIDAD..... Pcia:.....

MEDICAMENTOS

DOSIS DIARIAS

1..... 1.....
2..... 2.....

DIAGNOSTICO E INFORMACIÓN:.....
.....
.....

Lapso estimado de duración del tratamiento:.....
.....

.....
N° de Matricula

.....
Aclaración Firma
SELLO

.....
Firma Médico

INTERVENCIÓN DEL MEDICO AUDITOR LOCAL DE LA DASUTeN.

OPINIÓN:.....
.....

Lugar y Fecha:.....

.....
Sello Aclaratorio

.....
Firma

RESERVADO PARA EL MEDICO AUDITOR DE LA SEDE CENTRAL.

Autorizado por el termino de:..... Desde el...../...../.....
Hasta el...../...../..... Lugar y Fecha.....

.....
Sello Aclaratorio

.....
Firma

**SR. PROFESIONAL : LE RECOMENDAMOS QUE EN ESTE FORMULARIO SE DEBEN
PRESCRIBIR MEDICAMENTOS DE USO CONTINUO Y REGULAR**