



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

ANEXO DISPOSICION N°
1381CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

Corrientes,de 20....

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E
 Dra Rocío Cardozo
 S/D

De mi mayor consideración:

El/ La que suscribe.....
 DNI N°Agente de la Facultad/Instituto.....Antigüedad.....
 se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda con el objeto de solicitar la cobertura de
 el/los medicamento/s de alto costo prescriptos a,
 (afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO, para: *(especifique con una X lo que corresponda)*

Oncológico No oncológico

- a- INICIO DEL TRATAMIENTO:.....
- b- SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO:.....
- c- CAMBIO DE MEDICACIÓN:.....

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

DOMICILIO:.....

CUIL/CUIT N°:.....**Tel.:**.....

Correo electrónico:.....

OBSERVACIONES:

.....

Firma Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

ANEXO DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO
PARA INICIO DEL TRATAMIENTO
(INCLUYE USO ONCOLÓGICO Y NO ONCOLOGICO)**

Nombre y Apellido del Afiliado:Edad:.....

* **IMPORTANTE:** TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

NINGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS PUEDEN SER ADQUIRIDOS EN FARMACIA EXTERNA SIN AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Reseña de antecedentes personales y patológicos relevantes

Fecha de diagnóstico:

Tiempo de Evolución de la Enfermedad:

Resultados de exámenes complementarios importantes (Adjunte fotocopias de los mismos)

Resultados de laboratorio

Otros estudios complementarios



Diagnóstico/s presuntivo/s o de certeza:			
Tratamiento/s farmacológico/s previamente recibido/s			
(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)			
Nombre genérico	Dosis recibida	Duración del tratamiento	Resultados de estudios complementarios (Adjunte fotocopias de los mismos) y/o respuesta clínica que fundamente el pedido de un nuevo medicamento

.....

Firma y sello del Médico Prescriptor



Universidad Nacional del Nordeste

Instituto de Servicios Sociales

ANEXO DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

PLAN TERAPÉUTICO
(Debe prescribir de acuerdo a la Ley 25.649 – Prescripción por NOMBRE GENÉRICO)

¹ Nombre Genérico o Denominación común internacional *DCI	Potencia (Concentración del fármaco prescripto)	² Presentación farmacéutica/Vía de administración	Dosis Diaria	Tiempo estimado de tratamiento	Alternativa terapéutica

Señor profesional para completar tenga en cuenta: 1 Complete con letra de IMPRENTA y LEGIBLE
2 Aclare si la presentación es ampolla, comprimido, jarabe etc



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

ANEXO DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022

Objetivo/s Terapéutico/s: *debe especificar*

a) Duración del tratamiento

b) Criterios clínicos y/o de estudios complementarios que tendrá en cuenta para evaluar el cumplimiento de objetivos):

.....
.....

.....
Firma y sello del Profesional Prescriptor

Datos de contacto: Correo electrónico:.....Teléfono:.....

Informe Técnico

Reservado Auditoría Farmacológica:

Lugar y fecha: