



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

**PLAN TERAPÉUTICO  
 (FAMILIAR)**

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

**TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO**

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

Me dirijo a usted y por su intermedio a quién corresponda a fin de solicitar autorice al personal del Servicio Propio de Farmacia a dispensar los medicamentos conforme al Plan Terapéutico e Historia clínica que acompaño para familiar a cargo.....

Sin otro particular, saludo atentamente.

.....  
 Firma

.....  
 Aclaración

.....  
 DNI

.....  
 Facultad o Instituto

.....  
 Domicilio

.....  
 Teléfono

.....  
 Correo Electrónico



*Universidad Nacional del Nordeste*

*Instituto de Servicios Sociales*

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL PLAN DE TRATAMIENTO PROLONGADO**

Fecha:.....

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

Diagnóstico/s presuntivo/s o de certeza

Resultados de exámenes complementarios que considere importante citar

Tratamientos previos recibidos, sus respuestas y efectos adversos si los hubiere

**IMPORTANTE:**

- **COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE TODOS LOS ITEMS SOLICITADOS**
- **NO INCLUIR MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS Y PSICOTRÓPICOS**
- **SI SE REQUIERE UNA MARCA EN PARTICULAR, JUSTIFICAR LA BASE CIENTÍFICA DEL PEDIDO**



*Universidad Nacional del Nordeste*  
*Instituto de Servicios Sociales*

### PLAN TERAPEÚTICO

La prescripción debe realizarse de acuerdo a la Ley N° 25649 de prescripción por nombre genérico.

<b>Nombre Genérico</b>	<b>Nombre Comercial Sugerido</b>	<b>Forma Farmacéutica y dosis de presentación (Ej: 5 mg. comp x 30, jarabe x 120ml, etc)</b>	<b>Dosis Diaria Indicada (Ej: 5mg/d)</b>	<b>Cantidad de envases por mes</b>

**Firma y sello del Profesional Prescriptor**

.....

**Reservado Asesoría Médica – Cátedra de Farmacología – Facultad de Medicina**

**Lugar y fecha: .....**