



Universidad Nacional del Nordeste

Corrientes,de... de 20_

PLAN TERAPEUTICO
(Familiar)

TRAMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Señora
Delegada Rectoral del ISSUNNE
Dra. María Mercedes González
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.....

Adjunto fotocopia de carnet, DNI (1º y 2º hoja) del beneficiario como así también DNI y último recibo de haberes del titular.
Sin otro particular, saludo atentamente.

.....
Firma
.....
Aclaración
.....
DNI
.....
Facultad o Instituto
.....
Domicilio
.....
Teléfono



Universidad Nacional del Nordeste

INSTITUTO DE SERVICIOS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

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**



Universidad Nacional del Nordeste

PLAN TERAPÉUTICO

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

Firma y sello del Profesional Prescriptor

Reservado Asesoría Médica – Cátedra de Farmacología – Facultad de Medicina

Lugar y fecha: