



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

Corrientes,.....de.....de.....

PLAN TERAPEUTICO
(Titular)

TRAMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Señora
Delegada Rectoral del ISSUNNE
Dra. María Mercedes González
S...../D:

El que suscribe.....
.....DNI N°... ..se dirige 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.

Adjunto fotocopia de carnet, DNI (1º y 2º hoja)
y último recibo de haberes del suscripto.

Sin otro particular, saludo atentamente.

.....

Firma

.....

Facultad o Instituto

.....

Domicilio

.....

Teléfono



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

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
Instituto de Servicios Sociales

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: