



Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

1994 - 2024  
**30 años**  
De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

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

Señora Delegada Rectoral del I.S.S.U.N.N.E.

Dra. Rocío Cardozo

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

El que suscribe Sr/Sra..... DNI. N°.....tiene el agrado de dirigirse a usted y por su intermedio a quién corresponda a fin de solicitar la cobertura de los medicamentos que me fueron prescritos, conforme al Formulario de prescripción de múltiples psicofármacos e historia clínica que acompaño.

Sin otro particular, le saludo muy atentamente.

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

DNI

.....

Facultad o Instituto

.....

Teléfono

.....

Correo electrónico



"Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad"

Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

**30 años**

De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MULTIPLES PSICOFARMACOS U OTROS FÁRMACOS DE ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL**

Nombre y apellido del afiliado:..... Edad:.....

Este formulario **será utilizado si se prescribe al afiliado en forma simultánea** una benzodiacepina (BZD), y/o 2 antidepresivos, y/o 2 antipsicóticos, y/o 2 o más anticonvulsivantes y/u otros agentes con capacidad de acción sobre el sistema nervioso central.  
El mismo será evaluado por **Auditoría de la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina**, previa presentación de una historia clínica, que debe contar con todos los datos siguientes:

**TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS. COMPLETE CON LETRA LEGIBLE**

<b>a) Breve descripción del cuadro clínico psicopatológico</b>
<b>b) Objetivos terapéuticos trazados: Especifique: ¿qué aspectos o síntomas evaluará para determinar que su paciente está respondiendo al tratamiento?</b>
<b>c) Tiempo estipulado de tratamiento farmacológico en el que Usted piensa alcanzar sus objetivos terapéuticos.</b>
<b>d) ¿Indicó tratamiento psicoterapéutico a su paciente?:      Si      No</b>
<b>e) Adjunte fotocopia de estudios complementarios si los tuviere</b>

**IMPORTANTE:** Sr. Médico prescriptor:

- El afiliado podrá retirar **un solo envase por mes** de psicofármacos ansiolíticos, antidepresivos y antipsicóticos.
- Si Usted prescribe un psicofármaco, cuya presentación comercial no cubra el tratamiento mensual, el afiliado podrá retirar como máximo hasta 2 (dos) envases por mes.
- Los análogos a las Benzodiacepinas (Fármacos Z: Zolpidem, Zopiclona, Eszopiclona), y Gabapentina y Pregabalina podrán ser prescriptos en forma simultánea con las Benzodiacepinas.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA DE MULTIPLES PSICOFARMACOS U OTROS FARMACOS DE ACCION SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)**

<b>Medicamentos solicitados</b>				
<b>Nombre genérico</b>	<b>Presentación comercial</b>	<b>Dosis diaria prescripta</b>	<b>Cantidad de envases por mes</b>	<b>Diagnóstico según DMS- IV/ CIE10</b>
<b>BZD</b>				
<b>ANTIDEPRESIVO</b>				
<b>ANTIDEPRESIVO</b>				
<b>ANTIPSICÓTICO</b>				
<b>ANTIPSICÓTICO</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>ANTICONVULSIVANTE</b>				
<b>Otros fármacos de acción sobre el SNC prescriptos</b>				



*“Año de la defensa de la vida, la libertad y la propiedad”*

*Universidad Nacional del Nordeste  
Instituto de Servicios Sociales*

1994 - 2024

**30 años**  
*De la Consagración Constitucional  
de la Autonomía y Autarquía  
Universitaria en Argentina*

**Firma y sello del médico prescriptor**

**Dirección:**..... **Teléfono:**.....

<b>Reservado Cátedra de Farmacología:</b> .....  <div style="text-align: right;"><b>Corrientes, .....de.....de.....</b></div>
---