



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

1994 - 2024

30 años

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

**ANEXO DISPOSICION N°1381
CORRIENTES, 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.....



“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

**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



"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

**ANEXO DISPOSICION N° 1381
CORRIENTES, 19 AGOSTO 2022**

Diagnóstico/s presuntivo/s o de certeza:			
Tratamiento/s farmacológico/s previamente recibido/s			
<i>(IMPORTANTE: Estos datos serán cotejados con la Base de Datos del ISSUNNE)</i>			
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

“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*

**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



“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

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: