

## PLAN TERAPÉUTICO NUTRICIONAL/ENDOCRINOLÓGICO

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

TRÁMITE DE PREFERENTE DESPACHO

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

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

El/la 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: para el titular / para mi familiar.....DNI N°..... (Adherente/Integrado).

Adjunto fotocopia de carnet, DNI (1° y 2° hoja) del beneficiario como así también DNI y último recibo de haberes del titular.

Sin otro particular, saludo atentamente.

.....  
Firma

.....  
DNI

.....  
Facultad o Instituto

.....  
Teléfono



**Calcio (En IRC)** Enteral Máximo 60.000 kal / mes

**VIA DE ALIMENTACIÓN ACTUAL**

Oral

Yeyunostomía

Parenteral

SNG

Gastronomía

Otra: \_\_\_\_\_

Próximo control:

**DATOS DEL ESPECIALISTA**

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA**

**DIETOTERÁPICO ACEPTADO POR VÍA DE EXCEPCIÓN**

Específico	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases / Meses
------------	--------------	--------------	-----------------------------

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha FIRMA Y SELLO MÉDICO ESPECIALISTA Mail: \_\_\_\_\_

*Nota: Los datos deben estar completos y con letra clara y legible, lo cual agilizará el trámite, evitando demora*