Obra Social del Personal Marítimo

RECETA FORMULARIO

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

Garantía Médica

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO y NOMBRE: ……. ……..……..…..……

NRO. AFILIADO: ……..……..……... DNI ……..……

TELEFONO/ CEL …..…..……..……..…… E-MAIL ……..…..……..……

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

APELLIDO y NOMBRE: ……. ……..……..…..……

MATRÍCULA TIPO / NRO: ….. ……..…… ESPECIALIDAD: ……...……..

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / Iny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA
Ejemplo de llenado de formulario Medicación	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x dia	BBB

OBSERVACIONES

……/……/……

FECHA DE PRESCRIPCIÓN

……

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico prescriptor.