



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:
NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:

FECHA DE TRASPLANTE:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: _____

ESTADO ACTUAL

TRATAMIENTOS INDICADO:

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL
1			
2			
3			
4			
5			
6			

TRATAMIENTOS PREVIOS:

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Resumen de Historia Clínica Inmunosupresión post trasplante

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- Certificado de implante de INCUCAI o protocolo de trasplante.
- Serología para virus Epstein Barr (si correspondiera).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante Matrícula n°:..... Fecha: / /