

DIRECCIÓN DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA ARMADA

Departamento Farmacia

AUTORIZACIÓN PARA ADQUIRIR LECHE MEDICAMENTOSA

Este formulario debe entregarse junto a una fotocopia del DNI o partida de nacimiento del menor

A completar por el Afiliado

Apellido y Nombre del titular

Número de afiliado del titular

Apellido y nombre del niño\la

Fecha de nacimiento

Domicilio

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

A completar por el profesional

Diagnóstico:
.....
.....

Leche solicitada (debe estar en VDM DIBA):

Fecha:

Firma del profesional

Aclaración de firma

A completar por el Departamento Farmacia

Autorización N°:

Fecha de vencimiento:

SE AUTORIZA A ADQUIRIR HASTA UN MÁXIMO DE CUATRO (4) KILOGRAMOS MENSUALES CON EL 100% DE COBERTURA DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DE VIDA.