

**DIRECCION DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA ARMADA**  
**SOLICITUD DE PROVISION DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS**  
**PROLONGADOS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS**

A LLENAR POR EL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

AFILIADO N°: \_\_\_\_\_ OTRAS INSTITUCIONES: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO N°: \_\_\_\_\_

DOMICILIO ACTUAL: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

TEI: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AFILIADO

A LLENAR POR EL PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ MILITAR  CIVIL   
(DEL PROFESIONAL)

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_ INSTITUCION: \_\_\_\_\_

MATRICULA NACIONAL: \_\_\_\_\_ PROVINCIAL: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (Código. OMS): \_\_\_\_\_

FECHA COMIENZO TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_ DURACION EN MESES: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLINICA

PROCEDENCIA (HOSPITAL, CLINICA, ETC)

DESCRIPCION DEL TRATAMIENTO

	MONODROGA	PRESENTACION EN MILIGRAMOS	DOSIS DIARIA	ENVASES MENSUALES
Rp/1)	_____	_____	_____	_____
Pp/2)	_____	_____	_____	_____
Rp/3)	_____	_____	_____	_____
Rp/4)	_____	_____	_____	_____
Rp/5)	_____	_____	_____	_____

LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

INTERVENIDO

AUTORIZACION  
PORCENTAJE DIBA:  
VENCIMIENTO:

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO

