



<b>FECHA:</b>	
<b>NOMBRE Y APELLIDO:</b>	
<b>Nº DE AFILIADO:</b>	
<b>EDAD:</b>	
<b>MEDICO TRATANTE:</b>	
<b>RESUMEN DE HISTORIA CLINICA</b> (Adjuntar informes de estudios complementarios)	
<b>DIAGNOSTICO:</b>	
<b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO INDICADO</b> (Justificación científica)	
<b>DROGA</b>	
<b>DOSIS DIARIA</b>	
<b>DURACION DEL TRATAMIENTO</b>	

Firma y sello Médico Auditor de D.O.S.E.P.

Sello Institución

Firma y sello Médico tratante