

# F. 150 rev. 1.0

FECHA	
NOMBRE Y APELLIDO	
N° DE AFILIADO	
EDAD	
MÉDICO TRATANTE	
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Adjuntar informes de estudios complementarios)	
DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO INDICADO (Justificación científica)	
DROGA	
DOSIS DIARIA	
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	

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

Sello Institución

Firma y sello Médico tratante

**[farmacia@dosep.sanluis.gob.ar](mailto:farmacia@dosep.sanluis.gob.ar)**

DIRECCIÓN DE OBRA SOCIAL DEL ESTADO PROVINCIAL - CHACABUCO 483 - WWW.DOSEP.SANLUIS.GOB.AR