



Ficha de Tratamiento Prolongado (FTP)

DATOS DEL AFILIADO

Apellidos y nombres: _____ Edad: _____ Peso: _____

Tipo y N° de Doc: _____ N° de afiliado: _____ Sufijo: _____ Plan: _____

Dirección: _____ Piso: _____ Dpto: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

DATOS DEL MÉDICO

Apellidos y nombres: _____

Matrícula: _____ Especialidad: _____

Dirección _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

HISTORIA CLÍNICA

1	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					
2	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					
3	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					
4	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					
5	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					
6	Diagnóstico:	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido por envase	Meses de tratamiento (máx.6)	Dosis diaria
	Monodroga: _____ Nombre Comercial: _____					

Sr. Profesional: Le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes, a fin que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga el Servicio Asistencial.

La vigencia del mismo será por el total de los días solicitados para el tratamiento con un máximo de 180 días.

*La autorización de esta solicitud, queda sujeta a evaluación de auditoría médica.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO