



**FORMULARIO**Descargado de [www.luzyfuerzacasalud.com.ar](http://www.luzyfuerzacasalud.com.ar)**IMPORTANTE****Se deberá anexar:**

- 
- Estudios efectuados que fundamenten el diagnóstico de certeza**

**Esquema terapéutico previo instituido en detalle****Cirugía:****Fecha:****Radioterapia:****Fecha:****Fundamentación médica de la medicación detallando las dosis utilizadas, tiempo y respuesta**

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA

**Fundamentación:** .....

.....

.....

**DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

/ / ----- <b>Fecha</b>	----- <b>FIRMA DEL MÉDICO</b>	----- <b>SELLO</b>
------------------------------	----------------------------------	-----------------------