



**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: \_\_\_\_\_

/ / ----- Fecha	----- FIRMA DEL MÉDICO	----- SELLO
-----------------------	---------------------------	----------------