

FORMULARIODescargado de www.luzyfuerzabasalud.com.ar**IMPORTANTE****Se deberá anexar:**

- Exámenes complementarios que certifiquen el diagnóstico de certeza**

Estado evolutivo y forma clínica

.....
.....
.....

Fundamentación médica de la medicación detallando las dosis utilizadas, tiempo y respuesta

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA

Fundamentación:

.....

.....

Detalles de tratamientos previos

NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA

Observaciones:

.....

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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