



# SOLICITUD DE COMPRA DE MEDICAMENTOS

**Importante:**

Este formulario tendrá una validez de 15 días a partir de la fecha de emisión. Debe ser debidamente completado sin tachones o enmiendas y con letra de molde.- Especificar presentación del medicamento, dosis y tiempo de tratamiento. (Ver instrucciones al dorso.)

## SECCIÓN I - A LLENAR POR EL ASEGURADO

Nombre de la Póliza:		Fax o e-mail para enviar autorización:	
Nº. de Póliza:	Nº. Certificado:	Reconozco mi responsabilidad en pagar estos servicios, en caso que los mismos no fueran elegibles dentro de los beneficios de la póliza contratada.	
Nombre del Asegurado:		Fecha:	Firma del Asegurado:
Nombre del Paciente:	Fecha de nacimiento:		

## SECCIÓN II - A LLENAR POR EL MÉDICO / HOSPITAL

Diagnósticos: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____	Nombre del Médico solicitante:
Número de medicamentos solicitados:	Nº Colegiado:      Teléfono:      Fecha:
Fecha inicio dolencia:	Firma y Sello:

Nombre del Medicamento:	Nombre del Medicamento genérico:
Dosis y Frecuencia:	Durante: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Semanas <input type="text"/> Meses <input type="checkbox"/> Indefinido
Observaciones:	

Nombre del Medicamento:	Nombre del Medicamento genérico:
Dosis y Frecuencia:	Durante: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Semanas <input type="text"/> Meses <input type="checkbox"/> Indefinido
Observaciones:	

Nombre del Medicamento:	Nombre del Medicamento genérico:
Dosis y Frecuencia:	Durante: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Semanas <input type="text"/> Meses <input type="checkbox"/> Indefinido
Observaciones:	

Nombre del Medicamento:	Nombre del Medicamento genérico:
Dosis y Frecuencia:	Durante: <input type="text"/> Días <input type="text"/> Semanas <input type="text"/> Meses <input type="checkbox"/> Indefinido
Observaciones:	