



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

DATOS DEL AFILIADO

NOMBRE Y APELLIDO: DNI: EDAD:

NRO. AFILIADO: FECHA DE NACIMIENTO:

DIAGNÓSTICO Y ANTECEDENTES

DIAGNÓSTICO:

FECHA DE DIAGNÓSTICO: TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD: _____

ESTADO ACTUAL

EDSS: _____

ESTADO EVOLUTIVO/FORMA CLÍNICA: _____

TRATAMIENTOS PREVIOS

	DROGA (Nombre Genérico)	DOSIS	FECHA	RESPUESTA
1				
2				
3				
4				

TRATAMIENTO INDICADO:

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO: _____

DROGA/S: _____

FUNDAMENTACIÓN MÉDICA (si es rotación indicar motivos): _____

FRECUENCIA DE APLICACIÓN: _____ DOSIS DIARIA: _____ DOSIS MENSUAL: _____

OBSERVACIONES: _____

Firma y sello médico tratante

Fecha: / /



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA
R.N.O.S. 1-0740-4

Para la cobertura de los medicamentos se requiere presentar la siguiente documentación:

- Resumen de Historia Clínica: cada seis meses o ante cambio de tratamiento.
- Consentimiento informado: al inicio del tratamiento o ante cambio del mismo.
- Prescripción médica legible confeccionada, firmada y sellada por el médico especialista tratante.
- RMN con presencia de enfermedad desmielinizante.
- Punción lumbar/ análisis de líquido cefalorraquídeo (si correspondiera).

TODOS LOS CAMPOS DEL FORMULARIO SON OBLIGATORIOS

CORREO ELECTRÓNICO DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____

Firma y sello médico tratante

Matrícula n°:

Fecha: / /