



SOLICITUD DE TRATAMIENTO PROLONGADO.

Apellido y Nombre				
Afiliado Nº		Edad		
Fecha:				
TIEMPO DE TRATAMIENTO		_____Días de tratamiento (180 máximos).		
DIAGNOSTICOS:				
MEDICAMENTOS				
	Nombre	Presentación	Cantidad total	Posología
RECETA RP/				
RECETA RP/				
EXCLUSIVAMENTE MEDICO ESPECIALISTA. FIRMA Y SELLO.				
DICTAMEN DE AUDITORIA MÉDICA.				