



FORMULARIO DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTOS CRÓNICOS

DATOS DEL AFILIADO		
APELLIDO Y NOMBRES:		
Nº DE AFILIADO:	EDAD:	SEXO:
DOMICILIO:	TELÉFONO:	
CORREO ELECTRÓNICO:		

	Nombre del medicamento genérico y presentación	Nombre comercial sugerido	Dosis diaria o N° de Up* por día	Diagnóstico
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Up*: unidades Posológicas

PARA EL PROFESIONAL TRATANTE: El formulario es para uso exclusivo de pacientes bajo tratamiento crónico. El mismo le permite al paciente hacer uso de la repetición durante el período que usted Indique, no pudiendo superar los 6 meses.

Cantidad de meses que autoriza a repetir recetas: 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL:FECHA:.....

TELÉFONO/MAIL:

IMPORTANTE: *Quedan excluidos de la repetición los medicamentos de uso ocasional (descongestivos, antifebriles, etc.), aquellos de venta bajo receta archivada (psicofármacos, antimicrobianos, etc.), así como también aquellos que requieran suma vigilancia o análisis de laboratorio para evaluar su continuidad o cambios en las dosis.*

SR. PROFESIONAL: Por favor complete el formulario a mano, sin cambios de tipografía y con la misma tinta. Asimismo, deberá salvar las correcciones con su correspondiente firma y sello. En caso de completar el mismo en forma digital, debe enviarlo directamente desde su casilla de correo electrónico a recetascn@colegio-escribanos.org.ar

SISTEMA DE REPETICIÓN DE RECETAS Y ENVÍOS A DOMICILIO

CONFORMIDAD DEL AFILIADO	
FIRMA:	DNI:
ACLARACIÓN:	

SR. AFILIADO:

En caso de optar por recibir los medicamentos en su domicilio, deberá completar los siguientes datos *(Válido únicamente para medicamentos para diabetes, discapacidad y crónicos con 70% de cobertura)*:

Dirección:

.....CP: Localidad:

Teléfono:.....