

# SOLICITUD DE RECETA DE PATOLOGÍAS CONTEMPLADAS EN LA LEY 310 SSS.

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico emitido por su médico: \_\_\_\_\_

**Año de diagnóstico:** \_\_\_\_\_

Nombre de su médico tratante: \_\_\_\_\_

**Matrícula profesional:** \_\_\_\_\_

**Contacto de su médico tratante:**

**COMPLETE EL CUADRO CON LA MEDICACIÓN INDICADA (SE MUESTRA EJEMPLO PARA GUÍA\*)**