

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 INDICADO (SE MUESTRA EJEMPLO PARA GUÍA*)

DROGA	MARCA	DOSIS	COMPRIMIDOS/ENVASE	CANTIDAD
*enalap	lotrial	10 mg	30	1 caja
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____