



# PROTOCOLO DE MEDICACIÓN DISCAPACIDAD

Fecha: ...../...../.....

## Datos personales

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: ..... Cel: .....

DNI: ..... Edad: ..... Género: .....

## Diagnóstico

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Fecha Inicio de CUD: ...../...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Fecha Vencimiento de CUD: ...../...../.....

Código Descripción

Código	Descripción

## Tratamiento indicado

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual

## Resumen de Historia Clinica

---

---

---

---

---

---

---

---

## Indicar evolucion de la patologia

---

---

---

---

---

---

---

---

## Médico Solicitante

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

Matrícula nacional: N° \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Matrícula provincial: N° \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Cel: \_\_\_\_\_

Firma y Sello:



## INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD

*Un aporte bien hecho*

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

### INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**
- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico.
- Copia certificado de discapacidad vigente
- Consentimiento informado.

### CONTINUIDAD

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.**

### CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia y duplicado en caso de que corresponda. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento y/o aumento de dosis.
- Consentimiento informado

### DOCUMENTACIÓN ANUAL

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de estudios actualizados.
- Consentimiento informado.

**Importante: Le recordamos que debera actualizar la presentación del CUD, una vez vencida la vigencia del mismo.**

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.  
Tramite sujeto a Auditoría Médica.**