



Tratamiento de Alto Costo

Datos obligatorios para la confección del pedido médico (*letra clara y legible*)

<i>Nombre y Apellido:</i>			
<i>DNI:</i>		<i>FN:</i>	
<i>Peso (kg):</i>		<i>Superficie Corporal:</i>	
<i>Diagnóstico:</i>			
<i>Droga Genérica (presentación):</i>			
<i>Dosis diaria:</i>		<i>Dosis mensual:</i>	
<i>Tiempo de tratamiento (meses):</i>			
<i>Hospital Tratante:</i>			
<i>Hospital que recibe la Transferencia:</i>			
<i>Fecha:</i>			
<i>Firma y Aclaración del Médico/a Especialista:</i>			