



Tratamiento de Alto Costo

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

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