



TRATAMIENTOS PROLONGADOS

Apellido y Nombre del afiliado _____ N° _____

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____

IMPORTANTE: PSICOTRÓPICO CON DUPLICADO (Recuerde solicitar a su médico los duplicados correspondientes. Le serán requeridos en la farmacia.)

MONODROGA	PRODUCTO	DOSIS DIARIA
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
6. _____	6. _____	6. _____

Lapso probable de duración del tratamiento: _____

Diagnóstico (obligatorio): _____

Resumen de historia clínica: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

NO LLENAR - PARA USO INTERNO DE ECONÓMICAS SALUD

Fecha ____/____/____