



**PARA SER COMPLETADO POR OSPFeSIQyP**

Delegación:	Fecha: / /	Nº Expediente:
Firma y sello del personal responsable:		

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL ACTUANTE**

Nombre y Apellido:		Fecha: / /
Número de Afiliado:	Edad:	Teléfono:
Dirección:	Localidad:	E-mail:

Problema/s de salud o diagnóstico/s .....

.....

.....

Resumen de historia clínica .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**TRATAMIENTO SOLICITADO**

Monodroga	Forma farm.	Dosis/unidad o conc.	Dosis por toma o adm.	Intervalo de adm.

**Duración del tratamiento**

Unica dosis ..... Días .....Meses .....

**Objetivo terapéutico del tratamiento solicitado** .....

.....

.....

.....



**MATERIAL DESCARTABLE**

Descripción	Cantidad Diaria

**Tratamientos previos recibidos** (si corresponde) .....

.....

.....

**Informe anátomo-patológico** (si procede) .....

.....

.....

**Procedimiento/s Diagnóstico/s** (si procede) marcar con una cruz y describir el/los resultados

Rx  Tac  Eco  Rmn  Doppler  C. Gamma  Angiografía  Mamografía

Electroencefalograma  Electromiograma  Punción Biopsia  Otro .....

.....

.....

.....

.....

**Determinaciones bioquímicas** (si procede) .....

.....

.....

**Estudio de enfermedad, score de evaluación y/o performance clínica** (en todos los casos) .....

.....

.....

**En todos los casos señalar datos de significación y adjuntar fotocopia de los informes correspondientes.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del  
Profesional Actuante



**AUDITORÍA OSPFeSIQyP Tratamiento Autorizado**

Rp	Medicamento	Forma farmac.	Dosis/unidad	Presentación	Cant. env. total	Duración trat.
1						
2						
3						
4						

N° autorización .....

Fecha     /     /

\_\_\_\_\_   
Sello firma y aclaración

**Tratamiento denegado (fundamentos)** .....  
.....  
.....