

Afiliado UPCN N°: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Familiar a cargo: \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO**

DENOMINACIÓN COMERCIAL O DROGA BASE	DOSIS DIARIA	TIEMPO DE TRATAMIENTO

**MEDICAMENTOS DE USO EVENTUAL O FRECUENTE**

DENOMINACIÓN COMERCIAL O DROGA BASE	DOSIS DIARIA	TIEMPO DE TRATAMIENTO

--	--

SELLO DEL PROFESIONAL

FIRMA DEL PROFESIONAL

**POR LA AUDITORÍA**

CORRESPONDE		CANTIDAD ASIGNADA	FIRMA Y SELLO
SI	NO		

**NOTIFICACIÓN IMPORTANTE**

Para la consideración de adicionales por parte de la Auditoría Médica se deberá adjuntar informes médicos, estudios o resultados de laboratorio que avalen fehacientemente la presente solicitud.

Cada integrante del grupo familiar, que consuma algún medicamento, deberá presentar solicitud.

Todos los datos deben ser cumplimentados y los requisitos presentados junto con la presente, la ausencia de alguno de ellos invalida la presentación.

La resolución de la Auditoría Médica tiene una validez de 6 (seis) meses, transcurrido dicho lapso se deberá presentar una nueva solicitud, cumpliendo los mismos requisitos.