



Programa Médico de Patología Crónica

Estimado Dr./a.:

El presente formulario tiene por finalidad facilitar la adquisición de medicamentos destinados al tratamiento de patologías crónicas, asegurando así la continuidad de su administración. Consensuado con OSDE, ofrecemos a sus asociados la posibilidad de entrega domiciliaria o provisión en sucursales de HP Farma aquellos medicamentos que aquí se prescriban durante el período indicado.

Apellido y Nombre : N° de Socio :

Diagnóstico :

Este formulario ha sido confeccionado en base a las normas vigentes que autorizan para las patologías crónicas extender la prescripción de los fármacos hasta 120 días.

Período para el cual prescribe (marque con una cruz): hasta 60 días hasta 90 días hasta 120 días

Nombre Comercial	Presentación
Monodroga	Dosificación
Nombre Comercial	Presentación
Monodroga	Dosificación
Nombre Comercial	Presentación
Monodroga	Dosificación

En el caso de requerir más medicamentos, completar otro formulario

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Profesional