

ANEXO I



PRESCRIPCIÓN PARA PACIENTES CRONICOS
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL PROVINCIA
Avda. Evolución Independiente 1000 - 4to. P. Córdoba 5000 (C)
Tel: 4212070 - 4212071 - 4212072 - 4212073

DATOS DEL AFILIADO TITULAR
 NRO: _____
 NOMBRE: _____

DATOS DEL PACIENTE
 NRO: _____ NOMBRE: _____
 EDAD: _____ DIRECCION: _____

PRESCRIPCION N° 000000001111
 EMITIDO EL: _____
 EMITIDO EN: _____



EL PROFESIONAL MEDICO DEBERA DETALLAR UNA HISTORIA CLINICA QUE FUNDAMENTE EL TRATAMIENTO Y SUS BASIS

ESQUEMA ACTUAL DE COBERTURA EN CASO DE CONSERVAR ESQUEMA ACTUAL HACER FIRMAR Y SELLAR POR MEDICO Y CONCURRIR DIRECTAMENTE A LA FARMACIA

EXPENDIO FARMACÉUTICO SEMESTRAL EL PRESENTE ESQUEMA MENSUAL TIENE UNA VALIDEZ DE 180 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN

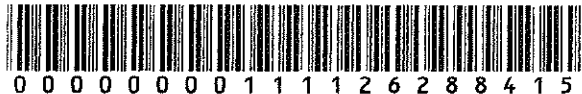
DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS DIARIA
RP/1		
RP/2		

Fecha de Prescripción	Fecha de Dispensación	Farmacia	Folio	FIRMA DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL: _____
 SELLO PROFESIONAL _____
 FIRMA DEL MEDICO AUDITOR D.O.S. _____
 FIRMA Y SELLO DE LA FARMACIA _____

TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL

Para mayor información o consulta
 Llame al 0223-9796668



Dra. CECILIA SARMIENTO
 M.P. 2381
 GERENTE MEDICO
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL

EDUARDO G. PELLIZA
 AG. OFY ADMINISTRATIVO
 DIRECCION DE OBRA SOCIAL