

DATOS PERSONALESNombre y Apellido: N° Afiliado: N° Documento: Fecha de Nacimiento: Edad: Categoría (Titular / Cónyuge / Hijo del titular): **MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

R/P Nombre genérico (Ley 25649)

Diagnóstico: Fecha de prescripción: / / E-mail (médico tratante): Teléfono (médico tratante):
Firma y sello del médico tratante*Para completar en farmacia en el momento del retiro:***BENEFICIARIO**Firma: Aclaración: DNI: Fecha: / / **FARMACÉUTICO**Fecha de dispensa: / /

Firma y sello:

INFORMACIÓN ADICIONAL

(campos obligatorios - para Mutual Federada)

Fecha de recepción: / / Fecha límite de entrega/aplicación: / / Teléfono de contacto: E-mail de contacto: **ENVIAR MEDICACIÓN A:** (marcar lo que corresponde)☐

Federada Farmacia Sucursal

☐

Localidad

☐

Institución

Usuario recepción: