

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACION ESPECIAL PARA LA COMPRA POR EXCEPCION DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL VADEMECUM INSTITUCIONAL

1. **DATOS DEL PACIENTE:**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Categoría de afiliación: Individual \_\_\_ Fonasa \_\_ Convenios \_\_ Otros \_\_\_

Resumen de Historia Clínica: (referir AP y AF pertinentes, enfermedad actual, tratamiento, evolución, etc.)

Resumen:

Exámenes paraclínicos y radiológicos relevantes:

Nombre del Médico Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUTORIZACION ESPECIAL PARA LA COMPRA POR EXCEPCION DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL VADEMECUM INSTITUCIONAL

1. **MEDICAMENTO SOLICITADO:**

Nombre genérico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Forma Farmacéutica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Duración del tratamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **FUNDAMENTOS DE LA SOLICITUD:** (referir referencias bibliográficas)

Médico responsable:

Firma:

Jefe de Servicio o Director Técnico de la filial:

Firma:

Comisión de Farmacia y Terapéutica: