



FROOO

FECHA ACTUAL: ___/___/___

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE (O CÓDIGO): _____ TEL: _____

DNI: _____ E-MAIL: _____

INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN: _____ PESO: _____

DIAGNÓSTICO: _____ TALLA: _____

MÉDICO PRESCRIPTOR: _____ IMC: _____

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

TRATAMIENTO (CONSIGNAR TODOS LOS DATOS)					
	DROGA (NOMBRE GENÉRICO)	MG	COMP. X DIA	CANTIDAD DE ENVASES	S.U.R.G.E.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

PARA COMPLETAR POR FARMACIA:

LUGAR: _____

FARMACIA: _____

FECHA DE DISPENSA: _____

FIRMA MÉDICO ESPECIALISTA

FIRMA Y SELLO FARMACÉUTICO

SELLO DE LA FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN BENEFICIARIO FAMILIAR

AUDITORÍA MÉDICA:

FECHA DE CONTROL: _____

FIRMA Y SELLO AUDITOR

OBSERVACIONES:

