

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD DEL MPPEUCT

NOMBRE:		FECHA DE SOLICITUD:	
APELLIDO:		PARENTESCO	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN:		C.I:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		TELEFONO HAB:	
		CELULAR:	

RECAUDOS A ENTREGAR

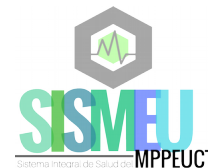
1	INFORME MEDICO (ORIGINAL Y COPIAS).
2	RECIPE (SOLO ORIGINAL).
3	INDICACIONES MÉDICAS.
4	FOTOCOPIA C.I. BENEFICIARIO, FOTOCOPIA DE LA C.I DEL TITULAR.

DESCRIPCIÓN DEL MEDICAMENTO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	TIPO DE TRATAMIENTO	MCG/DOSIS.

FIRMA DEL TITULAR: _____

FIRMA DEL BENEFICIARIO: _____



FECHA DE VERIFICACIÓN:	DIA / MES / AÑO	VERIFICADO POR:	
	_____ / _____ / _____		