

Fecha:/...../.....

APELLIDO

NRO. AFILIADO/..... DNI

CUIL-.....-..... TEL. ...(.....).....

MEDICACIÓN - TRATAMIENTO INDICADO

FÁRMACO	Potencia mg / UL / etc.	FORMA FARMACÉUTICA compr / lny/gts / etc.	POSOLOGIA Dosis-Intervalo	MARCA SUGERIDA

	FÁRMACO	Potencia	FORMA FARMACÉUTICA	POSOLOGIA	MARCA
Ejemplo de llenado de formulario Medicación	Timolol	5%	gotas	1 c/ojo c/12hs	BBB
	hidroclorotiazida+amilorida	50/5 mg	comprimidos	1/2 x dia	BBB

.....
Firma y Sello Médico.....
Firma y Sello Auditoría O.S.**OBSERVACIONES**

Los cambios de tinta y/o letra del presente formulario deberán ser salvados por el médico de Cabecera

Para consultar el estado de su solicitud ingresar a www.garantiamedica.com.ar

Entregar el Formulario Original con la Receta Original en la Farmacia