GRUPO ROISA

PEDIDO DE MEDICACIÓN
FECHA:
APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:
NÚMERO DE AFILIADO:
DNI:

DIAGNÓSTICO:			
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA			
EDAD	PESO	TALLA	SUP. CORPORAL

TRATAMIENTOS ANTERIORES:

NOMBRE GENÉRICO:	POTENCIA:
NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
CANTIDAD DE CAJAS:	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	

RG83-V00

GRUPO ROISA

NOMBRE GENÉRICO: NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	POTENCIA:
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
CANTIDAD DE CAJAS:	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	

NOMBRE GENÉRICO: NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	POTENCIA:
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
CANTIDAD DE CAJAS:	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	

NOMBRE GENÉRICO: NOMBRE COMERCIAL (OPCIONAL):	POTENCIA:
PRESENTACIÓN: (CANTIDAD/ENVASE):	
CANTIDAD DE CAJAS:	
DOSIS DIARIA:	
DOSIS MENSUAL:	

GRUPO ROISA

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE