



Protocolo de Cronicidad



Dirección de Obra Social de la
Universidad de Buenos Aires

Universidad de Buenos Aires

NOMBRE Y APELLIDO:

TELEFONO:

Nº AFILIADO:

EDAD:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

Medicación(*)	Nombre Genérico(*)	Dosis Diaria(*)	Cambio de dosis (*)		Autorizado	
			SI	NO	SI	NO

Patologías: (Indicar según renglón de prescripción)

RP1 _____

RP2 _____

RP3 _____

RP4 _____

RP5 _____

Firma y sello del médico tratante:

Nº Prestador:

Firma médico auditor:

IMPORTANTE TRAER JUNTO AL PROTOCOLO LA RECETA CORRESPONDIENTE