Hospital de Castro
Servicio de Salud Chiloé
Ministerio de Salud

CHILOE
HOSPITAL DE CASTRO
COMITE DE FARMACIA

Nº _____/

FORMULARIO Nº 4

SOLICITUD DE COMPRA DE FARMACO PARA PACIENTE CRÓNICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Nº FICHA CLINICA/RUT: _____ FECHA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

¿ESTA INCORPORADO AL PROGRAMA MINISTERIAL PARA PACIENTES CRÓNICOS (PEC)?

SI ☐ NO ☐

NOMBRE DEL FÁRMACO: _____

FORMA FARMACÉUTICA (amp., comp., jbe., etc.): _____

DOSIS DIARIA: _____

DOSIS TOTAL MENSUAL (Cant. que se requiere adquirir): _____

COSTO POR TRATAMIENTO: _____

JUSTIFICACIÓN: _____

_____

_____

NOTA: DEBE ADJUNTAR RESPALDO BIBLIOGRAFICO E INFORME SOCIAL

_____ _____

NOMBRE Y FIRMA MEDICO SOLICITANTE **Vº Bº JEFE DE SERVICIO**

_____ _____

Q.F. JEFE FARMACIA **Vº Bº SUBDIR. MÉDICO/JEFE CRAC**