

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD DEL MPPEUCT			
TITULAR:		FECHA DE SOLICITUD:	
BENEFICIARIO:		PARENTESCO	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN:		C.I. TITULAR:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		C.I. BENEFICIARIO:	
		CELULAR:	
		TELÉFONO HAB.:	
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.	
PATOLOGÍA:			
FIRMA DEL TITULAR: _____			
FIRMA DEL BENEFICIARIO: _____			



FECHA DE VERIFICACIÓN:	DÍA MES AÑO _____/_____/_____	VERIFICADO POR:	
------------------------	--	-----------------	--