

CASO _____ / _____

DATOS DE SOLICITUD A CUMPLIMENTAR POR ENTIDAD SOLICITANTE

PROCEDENCIA

NOMBRE DEL PROFESIONAL SOLICITANTE: _____

ENTIDAD: _____ FECHA SOLICITUD: _____

MEDIO DE CONTACTO (telefono y correo electronico): _____

DATOS BENEFICIARIO

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI/NIE/PASAPORTE: _____ Nº CIASS: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____ CORREO ELECTRONICO: _____

DOCUMENTACION OBLIGATORIA

INFORME MEDICO SI NO

INFORME SOCIAL SI NO

RECETA ELECTRONICA O PRESCRIPCION MEDICA SI NO

INFORMACION OBLIGATORIA SOBRE EL TRATAMIENTO

MEDICACION SOLICITADA

CODIGO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

TIEMPO ESTIMADO DE DISPENSACION POR FARMACIA SOLIDARIA

COSTE APROXIMADO DEL TRATAMIENTO SOLICITADO

VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN (a cumplimentar por Hospital San Juan de Dios)

FECHA DE RECEPCION Y VALORACION: _____

FECHA Y FIRMA: _____