

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: