

PRESETIFICAR LA COMPRA DE MEDICAMENTOS AL CORREO ELECTRÓNICO: asistencia.medica@segurosazul.com

SECCION A:

Póliza No.: _____ Certificado No.: _____ FECHA: _____
 Contratante (aplica en pólizas colectivas): _____
 Nombre del Asegurado principal: _____
 Nombre del Paciente: _____

SECCION B:

Impresión clínica: _____
 Según su opinión ¿cuándo inició la enfermedad?: _____
 Historia clínica: _____

SECCION C: INDICACION DE MEDICAMENTOS

DIAGNOSTICO: _____
 NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____
 NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO: _____
 DOSIS _____ CADA HORAS
 DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNOSTICO: _____
 NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____
 NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO: _____
 DOSIS _____ CADA HORAS
 DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNOSTICO: _____
 NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____
 NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO: _____
 DOSIS _____ CADA HORAS
 DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNOSTICO: _____
 NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____
 NOMBRE GENERICO DEL MEDICAMENTO: _____
 DOSIS _____ CADA HORAS
 DURANTE: DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: _____
JVPM _____ **TELEFONO** _____ **FAX** _____
FIRMA Y SELLO