


SOLICITUD DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD DEL MPPEUCT			
NOMBRE:		FECHA DE SOLICITUD:	
APELLIDO:		PARENTESCO:	
DEPENDENCIA DE ADSCRIPCIÓN:		C.I.:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		TELEFONO HAB:	
		CELULAR:	
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/DOISIS.	
FIRMA DEL TITULAR:	_____		
FIRMA DEL BENEFICIARIO:	_____		
			
FECHA DE VERIFICACIÓN:	DIA MES AÑO _____ / _____ / _____	VERIFICADO POR:	