

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DE LAPICERAS NPH

FECHA DE SOLICITUD

--	--	--

LUGAR DE ATENCIÓN

MUNICIPIO

REGIÓN SANITARIA

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO PRESCRIPTOR

MP

TELÉFONO DE CONTACTO

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EDAD

DNI

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIDAD DE GENERO

DOMICILIO

TELÉFONO PERSONAL

FECHA DE DIAGNOSTICO

--	--	--

MARQUE CON UNA CRUZ LOS CRITERIOS PARA SOLICITAR LAPICERAS NPH

CEGUERA - RETINOPATIA
(Adjuntar informe oftalmológico)

PACIENTE VULNERABLE
(Analfabetismo, condición social precaria) Avalado por Trabajadora Social

PACIENTE ONCOLÓGICO
Avalado por certificado médico en HC

PACIENTE PSIQUIÁTRICO
Avalado por certificado médico en HC

OBSERVACIONES (Breve resumen de HC)

FIRMA Y SELLO