

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Laboratorio - Urocultivo - Imágenes (que descarten otras causas de cistitis)

TRATAMIENTO PRESCRIPTO	DROGA	DOSIS	POSOLOGIA

DURACION DEL TRATAMIENTO:

Auditoría Médica

Medico Tratante (Firma y Sello)

fecha

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE
SEGÚN NORMATIVA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

Fecha:

Nombre y apellido del paciente:

Documento de identidad: Tipo: N°:

Afiliado OSFATLYF N°:

Por la presente autorizo y presto conformidad a recibir tratamiento con los siguientes medicamentos:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-

Dejo constancia que se me ha informado sobre el tratamiento, así como sobre sus condiciones.

Autorizo a las siguientes personas a retirar la medicación en mi nombre:

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO N°	CARÁCTER EN QUE ACTÚA

**FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PACIENTE
O RESPONSABLE LEGAL AUTORIZADO**

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE