



# OSFATLYF

Obra Social de la Federación Argentina  
de Trabajadores de Luz y Fuerza

## HIPERTENSIÓN PULMONAR

AFLILADO: \_\_\_\_\_

Medico Tratante \_\_\_\_\_

SSN° \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

DROGA SOLICITADA:	Marcar con <b>X</b> la droga indicada o indicar la prescrita		
AMBRISENTAN	_____	_____	_____
BOSENTAN	_____	_____	_____
TREPROSTINIL	_____	_____	_____
Otra (Indicar)	_____	Otra (Indicar)	_____

FUNDAMENTACIÓN DE LA INDICACIÓN




TRATAMIENTO PRESCRIPTO	DROGA	DOSIS	POSOLOGIA DIARIA

Auditoría Médica

Médico Tratante (Firma y Sello)

Período: .....Semestre, Año .....

**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**