



Formulario de solicitud de medicamentos de Resolución 310

Apellido y Nombre		
Nro. de Socio	Edad	Tel. Particular
Domicilio	Email	Tel. Móvil
Breve resumen de historia clínica		
Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s droga/s solicitadas (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas)		

Principio activo	Marca comercial	Unidad Posológica	Comprimidos por día	Contenido de envase prescripto (Nro. de Unidades)

Diagnósticos:

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Hipertensión Arterial (I10) | <input type="checkbox"/> | Anticoagulación (D68.3) | <input type="checkbox"/> | Medicación anticonvulsivante (G40) | <input type="checkbox"/> |
| Gota (M10) | <input type="checkbox"/> | Dislipemia (E78) | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea (M05) | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Coronaria (I20) | <input type="checkbox"/> | Hipo/hipertiroidismo (E03) | <input type="checkbox"/> | Asma o EPOC (J45) | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia Cardíaca (I50) | <input type="checkbox"/> | Colitis ulcerosa (K50) | <input type="checkbox"/> | Glaucoma (H40) | <input type="checkbox"/> |
| Arritmia Crónica (I49) | <input type="checkbox"/> | Enfermedad extrapiramidal (G20) | <input type="checkbox"/> | Modificadores de conducta (F29) | <input type="checkbox"/> |
| Anticoncepción (Z30) | <input type="checkbox"/> | | | | |

Datos del médico prescriptor

Nombre y Apellido	
Especialidad	Matrícula
Teléfono	Institución
Firma del médico	

Nota: Una vez aprobada esta solicitud por Auditoría Médica, el tiempo de alta de los medicamentos en las farmacias se efectivizará dentro de las 72 horas hábiles para AMBA. Cada 2 años debe procederse a actualizar la habilitación. Para la dispensación de los medicamentos debe presentar en nuestra red de farmacias, la receta correspondiente.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales



Habilitación de medicamentos para enfermedades crónicas (Resolución 310/04)

Procedimiento

1.
Entregar a su médico el formulario adjunto para que lo complete de puño y letra, y lo firme.
2.
Depositar el formulario completo, en original, en cualquiera de nuestras sucursales o depositarlo en el buzón (disponible las 24 horas en las sucursales), utilizando el sobre destinado a tal fin.

Nota:

- *Le recordamos que la autorización de los medicamentos correspondientes tiene una validez de dos años, pasado este lapso Usted deberá presentar nuevamente el formulario para realizar una nueva habilitación.*

Para cualquier información adicional, podrá consultar la página web de la Superintendencia de Servicios de Salud: www.sssalud.gov.ar.