



MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

DATOS DEL TITULAR / BENEFICIARIO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NÚMERO DE AFILIACIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO (en su caso)		Relación con el titular
<input type="text"/>		<input type="text"/>

CALLE/PLAZA/AVDA.	NOMBRE, Nº, PISO, PUERTA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL TRATAMIENTO:

MEDICAMENTO PRESCRITO	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nueva autorización	<input type="checkbox"/> Renovación de autorización

DATOS DEL HOSPITAL DE DISPENSACIÓN:

NOMBRE DEL HOSPITAL
<input type="text"/>
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL
<input type="text"/>

DOCUMENTACION A APORTAR:

<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO actualizado con datos obligatorios (diagnóstico, prescripción y duración del tratamiento, fecha y firma)
--

En.....a.....de.....de 20.....

FIRMA DEL SOLICITANTE