

SOLICITUD MEDICAMENTOS *NO CONTEMPLADOS*
EN ARSENAL FARMACOLOGICO DEL HOSPITAL LINARES

(Remitir este Formulario a Farmacia Asistencial junto con la receta médica)

Nombre Paciente: _____ Fecha solicitud: _____

RUT o Ficha: _____ Servicio Clínico: _____

Diagnósticos: _____

Otros datos del paciente: (edad, peso, alergias, función renal, etc)

MEDICAMENTOS SOLICITADOS:

Medicamento	presentación farmacéutica	dosis y vía administración	duración tratamiento (días)

Fundamentación clínica:

Médico tratante
(Nombre y firma)

Medico Jefe Unidad Clínica
(Nombre, firma)

fecha autorización: _____

OBSERVACIONES FARMACIA ASISTENCIAL (M dispensado, cantidad dispensada, modificaciones, etc):

