



COMISION HONORARIA PARA LA LUCHA ANTITUBERCULOSA

Y ENFERMEDADES PREVALENTES

Departamento de Tuberculosis

Avda.18 de julio 2175 - Montevideo 11200 Uruguay

Te/Fax I: 2403 48 64

**FORMULARIO SOLICITUD DE MEDICACION PARA PACIENTES INTERNADOS**

Institución ..... Fecha.....

**Datos del paciente:**

Nombre y apellido

CI:

Edad

Peso

**Medico tratante**

Nombre y apellido

Nº Caja Profesional

Teléfono de contacto

**Resumen de historia clínica:**

Diagnostico

Otras patologías

Datos clínicos actuales:

**SOLICITUD**

Medicamento	Dosis

Firma de medico tratante.....

Autorización del Dpto de TB.....