

MODELO DE INFORME MÉDICO

RECOMENDADO PARA LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE PRECISAN DEL MISMO PARA VISADO DE RECETA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO: _____

Nº DE COLEGIADO: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ Nº DE AFILIACION A MUFACE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO PRESCRITO: _____

POSOLOGÍA: _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

Este informe tendrá validez durante el tiempo de tratamiento señalado en el mismo. Si no se especificara éste o fuera por tiempo indefinido, se considerará válido durante 12 meses.

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

INFORME DEL ASESOR MÉDICO, si procede

☐ FAVORABLE

☐ DESFAVORABLE por

_____ a _____ de _____ de _____

Sello y firma del Asesor Médico