



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

**SOLICITUD MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F / M

Fecha del diagnóstico: ..... / ..... / .....

Peso: .....

Talla: .....

Superficie Corporal: .....

Diagnóstico inicial: .....

Estadificación: .....

ECOG: .....

KARNOFSKY: .....

Cirugía Previa: (Fecha y Descripción)

.....

.....

.....

.....

**RADIOTERAPIA PREVIA**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DESCRIPCION	RESPUESTA

**QUIMIOTERAPIA PREVIA**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DROGA / DOSIS / CICLOS	RESPUESTA

Otros tratamientos: (Fecha y Descripción)

.....

.....

.....



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

1) Medicamento 1

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio: .....Tiempo: .....

Respuesta: .....

.....

2) Medicamento 2

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio: .....Tiempo: .....

Respuesta: .....

.....

3) Medicamento 3

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

Si actualmente se encuentra bajo tratamiento con este medicamento, detalle el tiempo que lo está utilizando y la respuesta terapéutica que se ha alcanzado:

Fecha de inicio: .....Tiempo: .....

Respuesta: .....

.....

.....  
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Médico