

Nº de Expediente (\*)

DATOS DEL PACIENTE

Nº Afiliación a la Seguridad Social

\_\_\_\_\_  
Primer apellido

\_\_\_\_\_  
Segundo apellido

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
Sexo  
V./M.

\_\_\_\_\_  
Edad fértil  
SI/NO

\_\_\_\_\_  
Es crónico  
SI/NO

**Datos de la historia clínica**

Antecedentes \_\_\_\_\_

Datos analíticos relevantes \_\_\_\_\_

Posibles alergias medicamentosas \_\_\_\_\_

Otros medicamentos administrados en la actualidad \_\_\_\_\_

**Presunción de diagnóstico**

Indicación para la que se solicita el medicamento

**Tratamiento anteriores ensayados**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Tratamientos alternativos**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

¿POR QUÉ NO SE EMPLEAN?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA        
D D M M A A

Nº COLEGIADO

FIRMA

(\*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros  
 EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE FARMACIA  
 EJEMPLAR PARA EL SERVICIO DE SUMINISTROS  
 EJEMPLAR PARA EL FACULTATIVO

