



INSTITUTO SALVADOREÑO DE BIENESTAR MAGISTERIAL
HOJA DE INDICACIÓN DE MEDICAMENTO

ANEXO 1

No COMPRENDIDO EN EL CUADRO BÁSICO _____

COMPRENDIDO EN CUADRO BÁSICO: _____

CRÓNICO RESTRINGIDO: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

No. de Afiliación _____ No. de DUI _____

Cotizante: _____ Beneficiario: _____

DATOS CLÍNICOS

Diagnósticos:

1) Diagnóstico Primario _____

2) Diagnósticos Secundarios _____

Resumen Clínico: _____

Medicamentos del Cuadro Básico del ISBM utilizados para el tratamiento de la patología:

1) _____ Período de Administración _____

2) _____ Período de Administración _____

3) _____ Período de Administración _____

4) _____ Período de Administración _____

5) _____ Período de Administración _____

Exámenes de laboratorio y gabinete que justifican la solicitud:

Justificación de la solicitud del medicamento: _____

Reacción adversa o colateral: _____

Falla terapéutica

No presenta mejoría o

curación: _____

No existe alternativa de tratamiento en el Cuadro

Básico _____

Pronóstico de Supervivencia _____

No existencia _____

Nota: Para cada caso antes descrito, el médico solicitante tendrá que justificar técnicamente.

MEDICAMENTO SOLICITADO

Nombre Genérico _____ Concentración _____

Forma Farmacéutica _____ Dosis diaria _____

Duración del Tratamiento _____

Médico Solicitante (firma y sello) _____ Teléfono _____

Especialidad _____ No. JVPM: _____

Correo Electrónico: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

VoBo de médico coordinador en caso de Hospital Público _____