

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Señores
Jefatura de Sección de Gestión y Abastecimiento de Medicamentos
Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Presente

Yo _____ Docente nivel _____,

NIP: _____ No Afiliación: _____, DUI _____, nombrado(a) en el centro
educativo: _____,

Municipio: _____ Departamento: _____

Atentamente solicito a ustedes se me autorice el o los medicamentos prescritos según lo descrito por el médico tratante de acuerdo a los anexos adjuntos., destinados para mi persona ☐ o para uno de mis beneficiarios ☐

No omito manifestarle que previo a mi solicitud el médico tratante, me informó sobre el tratamiento, duración y los efectos secundarios de los medicamentos que me ha indicado, procediendo a entregarme el anexo No. 1 que adjunto a mi solicitud.

Adjunto los siguientes documentos: (marcar con x los documentos que adjunta a su trámite)

1	Anexo I en original firmada y sellado por el médico tratante.	
2	Fotocopia de Documento Único de Identidad –DUI-, carné vigente o autorización provisional del servidor público docente y en su caso carné del beneficiario	
DOCUMENTOS DE RESPALDO (ANEXOS DEL MÉDICO TRATANTE)		
3	Exámenes de Laboratorio y Diagnóstico de ser requeridos que respalden la solicitud	
4	Otros documentos de respaldo anexos	

Dirección o medio para recibir notificaciones (Dirección particular y teléfono o correo electrónico):

Observaciones: _____

Firma: _____

En caso de presentar solicitud a través de un apoderado, deberá adjuntarse el respectivo poder a esta solicitud.

ESPACIO EXCLUSIVO PARA EMPLEADO DEL ISBM

- 1) Documento completo _____
- 2) Solicitud para cotizante _____
- 3) Médico especialista privado _____
- Documento incompleto _____
- Solicitud para Beneficiario _____
- Médico especialista Hospitalario _____
- Médico especialista Magisterial de
Policlínico Magisterial _____

Nombre de quien recibe la solicitud: _____

Cargo _____

Dependencia: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Fecha de recepción: _____

Firma y sello de recepcionista: _____