



DATOS DE LA SOLICITUD					
PRIMERA SOLICITUD <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DEL SOLICITANTE				CÉDULA	
DIRECCIÓN					
TELÉFONO		CELULAR			
EMAIL					
MEDICAMENTO(S)					
CENTRO					
PATOLOGIA					
DATOS DEL REPRESENTANTE					
NOMBRE DEL REPRESENTANTE				CÉDULA	
TELÉFONO		CELULAR			
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE					
FIRMA DEL SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE					
REQUISITOS GENERALES, ADMINISTRATIVOS Y DE CALIDAD					
REQUISITOS		SOLICITANTE		VENTANILLA DMAC	
		SI	NO	SI	NO
1.	<b>Copia de cédula de identidad dominicana o copia de acta de nacimiento en caso de ser menor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. En caso de ser menor de edad, copia de cédula de identidad del tutor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. En caso de ser extranjero legal anexar copia de residencia dominicana o copia de proceso de regularización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	<b>Copia de carnet de (ARS).</b>				
3.	<b>Historial Clínico Original.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	a. Historial clínico, firmado y sellado por el médico tratante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Historial clínico con un mínimo de 6 meses de vigencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>Copia de Resultados de estudios y/o analíticas actualizadas.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Analíticas debe de tener un mínimo de 6 meses de vigencia.				
5.	<b>Receta o indicación Médica Original.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Esta debe ser original y especificar que debe incluir la fecha, dosis, forma farmacéutica y tiempo de uso del o los medicamentos, así como la vía de administración, firmada y sellada por el médico tratante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Receta o indicación debe de tener mínimo 3 meses de vigencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<b>Carta de la Administradora de Riesgo de Salud (ARS)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Observaciones:</b> Toda la documentación debe de encontrarse legible, sin alteraciones ni tachaduras.					
La aprobación de dicha solicitud está sujeto al cumplimiento de los requisitos y la disponibilidad del o los Medicamentos solicitados.					