



DATOS DE LA SOLICITUD					
RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>		CAMBIO <input type="checkbox"/>		INCLUSIÓN <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
<b>1.</b>	<b>Informe Médico Original.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Informe Médico, firmado y sellado por el médico tratante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Informe Médico con un mínimo de 6 meses de vigencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	<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.				
<b>3.</b>	<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"/>
<b>4.</b>	<b>Pre-Autorización de 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.					