

SOLICITUD DE LECHE MEDICAMENTOSAS

APELLIDO Y NOMBRE: _____

NRO. DE AFILIADO: _____

SOLICITO:

Nombre Comercial	Código Interno	Presentación	Cantidad de Tarros ²
ALFAMINO	500601	400 gr	
ALFARE	500602	400 gr	
NAN HA	500603	400 gr	
NAN AR	500605	400 gr	
NAN SIN LACTOSA	500606	400 gr	
Pre NAN	500607	400 gr	

Diagnóstico: _____

Fecha de Prescripción: ____/____/____

Retira por³: MET Nueva Cba MET Cerro

1: Colocar datos de la madre si el recién nacido aun no está incorporado y esta dentro de los 5 días de nacido

2: Máximo 4 kilos x mes (o su equivalente en tarros)

3: Marcar con un tilde lo que corresponda

Firma y sello del profesional