



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

**TETĀ REKUĀI**  
**GOBIERNO NACIONAL**

*Paraguay*  
*de la gente*

**AUTORIZACIÓN PARA RETIRAR MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO (RCA N° 003-050-16)**  
**(Protocolo de Tratamiento - RCA N° 032-047/08)**

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_ Tipo de Paciente: Interno HC  Externo   
Fecha de Vencimiento (completado por IPS): \_\_\_\_\_ Área Central  Área Interior  Amparo

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRES Y APELLIDOS:		N° de C.I.:	
DIRECCION PARTICULAR:		N° Teléf. Línea Fija:	
OCUPACIÓN:	EDAD:	N° Teléf. Línea Móvil:	
TIPO DE ASEGURADO:	Cotizante <input type="checkbox"/>	Beneficiario <input type="checkbox"/>	Magisterio Oficial <input type="checkbox"/> Magisterio Privado <input type="checkbox"/> Ex Combatiente <input type="checkbox"/>

**Si el paciente es Beneficiario:**

NOMBRE Y APELLIDO DEL COTIZANTE :	N° de C.I.:
	N° Telefónico:

**DATOS DE LAS TERCERAS PERSONAS AUTORIZADAS POR EL PACIENTE para el retiro de los medicamentos**

**-AUTORIZADO TITULAR-**

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTORIZADO	Firma	N° de C.I.:
		N° Telefónico:
RELACION DE PARENTEZCO:	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros:	

**-AUTORIZADO SUPLENTE-**

NOMBRE Y APELLIDO DEL AUTORIZADO	Firma	N° de C.I.:
		N° Telefónico:
RELACION DE PARENTEZCO:	Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otros:	

**DATOS DEL MEDICO SOLICITANTE**

NOMBRE Y APELLIDO	Firma y Sello
REG. PROFESIONAL N°	

**DATOS CLÍNICOS**

Diagnóstico Clínico: \_\_\_\_\_

Tratamiento Previo: \_\_\_\_\_

Tratamiento Indicado: \_\_\_\_\_

Medicamento:	Dosis:	Semanal:	Ciclos:
		Mensual:	
		Aumento Dosis:	

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tiempo estimado de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Otros datos relevantes: \_\_\_\_\_

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma del Cotizante

.....  
Firma del Jefe de Dpto/Servicio

**Documentos Adjuntos**

- ✓ Hoja de Consulta de Comprobación de Derechos
- ✓ Fotocopia de C.I. del paciente y del Cotizante (si corresponde)
- ✓ Constancia actualizada expedida por el Ministerio de Hacienda, en caso de Viuda de Excombatiente, que certifique estar en estado "Activo"
- ✓ Certificación de Firma por escribanía Original o copia autenticada (en caso de terceras personas autorizadas a retirar el fármaco)
- ✓ Certificado de Vida y Residencia cada 3 (tres) meses, a cargo del Servicio respectivo.