



INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

TETĀ REKUĀI  
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay  
de la gente

**AUTORIZACIÓN PARA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO LIMITADO POR PACIENTE (ALTO COSTO)**  
(RCA N° 003-050/16)  
Formulario vigente desde (RGS N° D 056/21 de fecha 17/08/2021)

Número de Expediente \_\_\_\_\_ Fecha de Solicitud: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Originado en: HC  HEQI  Servicio: \_\_\_\_\_ Externo  Amparo  Convenio   
 Área Central  H/CP/US: \_\_\_\_\_  
 Área Interior  HR/US: \_\_\_\_\_

DATOS DEL PACIENTE			
NOMBRES, APELLIDOS Y FIRMA			N° de C.I.
Dirección particular			N° Teléf. Fijo
OCUPACIÓN		EDAD	N° Teléf. Móvil
<b>TIPO DE ASEGURADO</b> Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Ex Combatientes y Viudas <input type="checkbox"/> Jubilado y Pensionados de IPS <input type="checkbox"/> Jubilado Magisterio Oficial <input type="checkbox"/> Otros _____		<b>COMPROBACIÓN DE DERECHOS</b> Aportes consecutivos s/Sistema informático: _____ Vencimiento: _____ N° Patronal: _____ (colocar sello y firma en anverso) Corresponde: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si el paciente es Beneficiario	NOMBRE, APELLIDO DEL COTIZANTE		N° de C.I.
			N° Telefónico
DATOS DE TERCERAS PERSONAS AUTORIZADAS POR EL PACIENTE para el retiro de los medicamentos			
NOMBRE Y APELLIDO	N° CI	N° TELÉFONO	PARENTESCO
			Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____
DATOS DEL MÉDICO ESPECIALISTA SOLICITANTE			
NOMBRE Y APELLIDO		REG. PROF. N°	Firma y Sello
DATOS CLÍNICOS			
Diagnóstico Clínico:			
Tratamiento Previo:			
Tratamiento Indicado:			
Medicamento (CÓDIGO/NOMBRE/CONCENTRACIÓN)		Dosis: <input type="checkbox"/> Diaria: _____ <input type="checkbox"/> Semanal: _____ <input type="checkbox"/> Mensual: _____ <input type="checkbox"/> Aumento de dosis: _____	Ciclos
Peso	Altura	Tiempo estimado de Tratamiento	
En caso de exclusión de medicamento autorizado anteriormente, indicar CÓDIGO/NOMBRE/N° DE RESOLUCIÓN			
Otros datos relevantes			
Firma y Sello del Jefe de Servicio/Departamento		Firma y Sello del Director del Establecimiento	
CHEQUEO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS			
<input type="checkbox"/> Hoja de Consulta de Comprobación de Derechos <input type="checkbox"/> Fotocopia de C.I. del paciente y del Cotizante (si corresponde) <input type="checkbox"/> Constancia actualizada expedida por el Ministerio de Hacienda, en caso de Viuda de Excombatiente, que certifique estar en estado "Activo" <input type="checkbox"/> Autorización por escribanía Original o copia autenticada (en caso de terceras personas y/o familiares autorizados a retirar el fármaco)			