



ANEXO II

INFORME MÉDICO

RECOMENDADO PARA LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE PRECISAN DEL MISMO PARA VISADO DE RECETA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO \_\_\_\_\_

Nº DE COLEGIADO \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILIACION A M.U.G.E.J.U. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PRESCRITO \_\_\_\_\_

POSOLOGÍA \_\_\_\_\_

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO \_\_\_\_\_

Este informe tendrá validez durante el tiempo de tratamiento señalado en el mismo. Si no se especificara éste, se considerará durante un año.

En.....a.....de.....de 2.....

SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

INFORME DEL ASESOR MÉDICO DE MUGEJU, si procede:

FAVORABLE:

DESFAVORABLE:

Fdo. El Asesor Médico.