SOLICITUD FARMACIA SOLIDARIA

CASO _____ / _____

DATOS DE SOLICITUD A CUMPLIMENTAR POR ENTIDAD SOLICITANTE

PROCEDENCIA

NOMBRE DEL PROFESIONAL SOLICITANTE:

ENTIDAD: FECHA SOLICITUD:

MEDIO DE CONTACTO (telefono y correo electronico):

DATOS BENEFICIARIO

NOMBRE: APELLIDOS:

DNI/NIE/PASAPORTE: Nº CIASS:

DIRECCION:

TELEFONO: CORREO ELECTRONICO:

DOCUMENTACION OBLIGATORIA

INFORME MEDICO SI ◉ NO ○ PRESUPUESTO DE FARMACIA SI ○ NO ◉

INFORME SOCIAL SI ○ NO ◉

RECETA ELECTRONICA O PRESCRIPCION MEDICA SI ○ NO ○

INFORMACION OBLIGATORIA SOBRE EL TRATAMIENTO

MEDICACION SOLICITADA

CODIGO DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL

TIEMPO ESTIMADO DE DISPENSACION POR FARMACIA SOLIDARIA

COSTE APROXIMADO DEL TRATAMIENTO SOLICITADO

VALORACIÓN Y RESOLUCIÓN (a cumplimentar por Hospital San Juan de Dios)

FECHA DE RECEPCION Y VALORACION:

FECHA Y FIRMA:

Farmacia Solidaria Hospital San Juan de Dios Paseo de Colón, 14 • 50006 Zaragoza
Tel. 976 27 16 60 • E-mail: hospitalzaragoza.farmasolidaria@sjd.es