

**PROGRAMA FEDERAL INCLUIR SALUD****PLANILLA DE SOLICITUD DE PROVISION POR CUENTA Y ORDEN****UNIDAD EJECUTORA**

Apellido y Nombre/s del beneficiario	Doc.	Tipo	Nº				
Nº Afiliado		Edad		Sexo	M	F	

Domicilio permanente	Teléfono
Localidad	Provincia

**DIAGNÓSTICO DE BASE**

**PERIODO SOLICITADO ( indicando meses, y 3 o 6 meses o ciclos en los casos cronicos):**

**LUGAR DE ENTREGA:**

**PRESTACION SOLICITAD (indicando droga, dosis, cantidades mensuales o por ciclo, en caso de insumo detalle del mismo):**

**Médico solicitante:** **Matrícula N.º**

Fecha		<b>Firma y sello del responsable de la UGP</b>
-------	--	--