1. **DATOS DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES APELLIDOS EDAD

Nº de Documento de Identidad (MARCAR): DNI C.E. PASAPORTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: Distrito:

Provincia: Departamento:

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **INFORMACION GENERAL DEL PRESCRIPTOR: (Art.26 de la Ley 26842)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Nombres Apellidos

Especialidad del Profesional: (MARCAR):

Médico Cirujano Cirujano Dentista Obstetra

N° de Colegiatura Profesional:

1. **DEL ESTABLECIMIENTO (PÚBLICO O PRIVADO): NOMBRE, DIRECCIÓN Y**

**TELÉFONO:**

Distrito: Provincia:

Departamento

Teléfono (MARCAR): celular fijo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico:

1. **JUSTIFICACION MEDICA (literal (d) del Art. 20 del D.S. N° 016-2011-SA** *Prevención y tratamiento individual***).**

Diagnóstico(s) del paciente y/o CIE-10:

**1.** \_ **4.**

**2.** \_ **5.**

**3.** \_ **6.**

Resumen de la Historia Clínica del paciente

Sustento para la importación y uso del(os) dispositivos(s) médicos(s):

CARACTERÍSTICAS DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del Dispositivo Médico** | **Marca** | **Código y/o Modelo** | **Fabricante y país (\*)** | **Cantidad Total Prescrita**  **(N° y letras)** | **Duración del tratamiento** | **Indicaciones de uso** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

(\*) No es Obligatorio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y Sello del Prescriptor

N° de. Colegio Profesional.

Fecha de emisión: dd/mm/aaaa

/ /