



Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes

PLAN BETA

Ficha de Modificación Terapéutica

Apellido y Nombre:

DNI:

Fe. Nacimiento:

Dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico (Importante):

PLAN TERAPEUTICO INDICADO NUEVO

	DROGA	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS DIARIA
RP1			
RP2			
RP2			

FUNDAMENTOS DE LA MODIFICACION TERAPEUTICA

Fecha, firma y sello del Médico tratante: _____