

Excepción de medicamentos/ Formulario de solicitud de autorización previa

Envíe por fax este formulario y las notas complementarias de su historia clínica al (503) 346-8351

Información del paciente		
Apellido:	Nombre:	
N.º de identificación:	Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Información del que prescribe		
Apellido:	Nombre:	
N.º de NPI:	Especialidad:	
Teléfono:	Fax:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Persona de contacto:	Teléfono:	Fax:
Información del medicamento		
Nombre del medicamento:	Concentración:	
Indicaciones:	Suministro diario:	
¿Es un medicamento nuevo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de inicio:	Duración prevista de la terapia:
Diagnóstico:	Código ICD-10:	
Terapia previa con medicamentos		
Nombre:	Duración de la terapia:	Motivo de la interrupción:
Nombre:	Duración de la terapia:	Motivo de la interrupción:
Nombre:	Duración de la terapia:	Motivo de la interrupción:

Justificación médica para el medicamento solicitado (incluya las notas de la historia clínica y las pruebas de laboratorio complementarios): presente toda la documentación clínica relevante para respaldar el uso de este medicamento.

Solicitud de revisión acelerada/urgente: marcando esta casilla y firmando abajo, certifico que se necesita de una revisión de urgencia para evitar poner en grave peligro la salud del paciente o la capacidad de recuperar la función máxima.

Certifico que los medicamentos solicitados son necesarios por razones médicas para este paciente y que la información presentada es precisa y verdadera.

Firma del que prescribe: _____ Fecha: _____

Aviso de confidencialidad: los documentos adjuntos contienen información confidencial legalmente protegida. Si este mensaje no es para usted, informe al remitente de inmediato y descarte estos documentos.