

**SOLICITUD DE COMPRA DE MEDICAMENTO DE USO OCASIONAL**

**NOMBRE PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_

**PABELLÓN:** \_\_\_\_\_

**SALA/CAMA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL FÁRMACO:** \_\_\_\_\_

**JUSTIFICAR SOLICITUD:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOSIS DIARIA:** \_\_\_\_\_

**DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE MÉDICO QUE SOLICITA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y CÓDIGO  
MEDICO SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**V. B. JEFE DE SERVICIO  
(NOMBRE Y FIRMA)**

\_\_\_\_\_  
**V. B. SDA  
(NOMBRE Y FIRMA)**