6° NOTA MÉDICA DE CAMBIO DE ESQUEMA PRESTACIONAL

Completa y firmada por el médico/a tratante

Fecha: / /

Apellido y nombre del afiliado/a:

DNI:	N° de afiliado/a:	Edad:

Diagnóstico:

Motivos del cambio de esquema *Fundamentar clínicamente la necesidad del cambio: evolución del paciente, respuesta al tratamiento previo, presencia de efectos adversos, indicación de nueva terapéutica u otros motivos que correspondan.*

Firma *(manuscrita)* y sello
del médico/a tratante

Aclaración