

IV. Justificacion

<p>Servicio 1 Justificacion de la solicitud: _____ _____ _____</p> <p>Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte científico bibliografico</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado</p> <p>_____</p>
<p>Servicio 2 Justificacion de la solicitud: _____ _____ _____</p> <p>Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte científico bibliografico</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado</p> <p>_____</p>
<p>Servicio 3 Justificacion de la solicitud: _____ _____ _____</p> <p>Señale la evidencia científica en casos similares con Grado de recomendacion y Relacione soporte científico bibliografico</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Casuistica del ordenador sobre el procedimiento , actividad o intervencion solicitado</p> <p>_____</p>

V. Aspectos Relacionados con Farmaco y tecnovigilancia.

<p>Señale las precauciones, contraindicaciones, efectos secundarios y toxicidad asociada con el empleo y abuso, del servicio NO POS solicitado.</p> <p>_____ _____</p> <p>Consentimiento Informado.</p> <p>Se ha obtenido consentimiento informado: Si ____ No ____</p>
--

VI. Firmas

_____	_____	_____
Nombre del médico tratante	Firma	Registro médico

A LA SOLICITUD FAVOR ANEXAR:

<input type="checkbox"/> COPIA DE DOCUMENTO IDENTIDAD	<input type="checkbox"/> COPIA FORMULA MEDICA U ORDEN MEDICA	<input type="checkbox"/> COPIA HISTORIA CLINICA ACTUALIZADA
---	--	---