

**A-3**

Nº de Expediente(\*) **DATOS DEL PACIENTE**

<b>Nº AFILIACION A LA SEGURIDAD SOCIAL:</b>						
<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b> V/M	<b>Edad fértil</b> SI/NO	<b>Es crónico</b> SI/NO

**DATOS DE LA HISTORIA CLINICA**

**Antecedentes:**

**Datos analíticos relevantes:**

**Posibles alergias medicamentosas**

**Otros medicamentos administrados en la actualidad**

**PRESUNCION DE DIAGNOSTICO**

Indicación para la que se solicita el medicamento

**TRATAMIENTOS ANTERIORES ENSAYADOS**

1.

2.

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

1.

2.

¿POR QUÉ NO SE EMPLEAN?

<b>FECHA:</b>	<b>Nº DE COLEGIADO:</b>	<b>FIRMA:</b>
---------------	-------------------------	---------------

(\*) A cumplimentar por el Servicio de Suministros.

En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa que los datos de los impresos A2 y A3 van a ser incorporados al fichero "Medicamentos Extranjeros" para la gestión y control de la misma, cuyo órgano responsable es la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. La información sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá obtenerse a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, Paseo de Recoletos 14. Madrid 28001.