

Número Unidad Familiar _____

Nombre Jefe Unidad Familiar _____

CERTIFICACION DE GASTOS FIJOS POR MEDICAMENTOS

AUTORIZACION DEL SOLICITANTE O RESOLICITANTE O PERSONA ENCARGADA

Por la presente autorizo al Programa Medicaid del Departamento de Salud a que esta información sea comprobada con la fuente correspondiente.

(Testigo de la marca)

(Firma del Paciente)

(Fecha)

CERTIFICACION DEL MEDICO

Certifico que _____ quien es mi paciente
tiene una condición de _____
(diagnóstico)

Permanente Indefinida

y por tal razón utilizará los siguientes medicamentos:

Medicamentos y dosis	Uso Temporero	Uso continuo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Nombre del Médico en letra de molde

Núm. Lic. del Médico

Firma del Médico

Fecha

CERTIFICACION DEL FARMACEUTICO

Certifico que los medicamentos indicados por el médico en la
columna a la izquierda tienen los siguientes costos:

Precio Mensual

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nombre del Farmacéutico

Nombre de Farmacia

Firma del Farmacéutico

Lic. Farmacéutico

Fecha

Toda persona que ofrezca información falsa con conocimiento de que no es correcta con el propósito de que la persona se beneficie de servicios del Programa Medicaid, será acusado y procesado por violación a las leyes penales de Puerto Rico.