|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD PARA METILFENIDATO** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Registro:** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATOS DEL PACIENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sexo:** (Marcar con una “X”) | | | | |  | | | **M** | | |  | | | **F** | **Edad:** | | | **años.** | | |
| **Dirección:** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Padre o Responsable:** | | | |  | | | | | | | | | | | **Firma del Padre o Responsable:** | | | | | |
| **Teléfono:** | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **E-mail:** | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Firma del padre o Responsable:** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **DIAGNÓSTICO CLINICO:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| SOLICITA METILFENIDATO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Presentación:** | | |  | | | | | | | | | **Tiempo Probable:** | | | | |  | | | |
| **Cuota Mensual:** | | |  | | | | | | | | | **Cantidad diaria:** | | | | |  | | | |
| **DATOS DEL MEDICO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** |  | | | | | | | | | | | | | | | **No. de Colegiado** | | | |  |
| **Dirección de la Clínica:** | | | | | |  | | | | | | | | | | **Teléfono:** | | |  | |
| **E-mail:** |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Firma del Profesional:** | | | | | | | | | **Sello del Profesional:** | | | | | | | **Timbre del Profesional** | | | | |
| **Lugar:** |  | | | | | | | | | | | | **Fecha:** | | |  | | | | |
| NOTA: Los datos anteriores son estrictamente confidenciales y con fines estadísticos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |