|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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. |