



## RECETA DE MEDICAMENTOS

### SECCIÓN A. Información a ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN \_\_\_\_\_ No. CELULAR: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR \_\_\_\_\_

1ER. NOMBRE \_\_\_\_\_ 2DO. NOMBRE \_\_\_\_\_ 1ER. APELLIDO \_\_\_\_\_ 2DO. APELLIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

1ER. NOMBRE \_\_\_\_\_ 2DO. NOMBRE \_\_\_\_\_ 1ER. APELLIDO \_\_\_\_\_ 2DO. APELLIDO \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ EMPRESA/PLAN \_\_\_\_\_

CARNÉ  DPI

### SECCIÓN B. Información a ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE CONSULTA \_\_\_\_\_ FECHA ESTIMADA DE ENFERMEDAD \_\_\_\_\_

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI  FECHA \_\_\_\_\_ NO

DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS _____ DURANTE: DIAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO <input type="text"/>
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS _____ DURANTE: DIAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO <input type="text"/>
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS _____ DURANTE: DIAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO <input type="text"/>
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS _____ DURANTE: DIAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO <input type="text"/>
DESPACHADO	DIAGNÓSTICO _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO _____ MILIGRAMAJE _____ DOSIS _____ CADA _____ HORAS _____ DURANTE: DIAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO <input type="text"/>

NO. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_

COLEGIADO NO. \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:**  
**\*\*ESTA ORDEN TIENE VALIDEZ DE 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE SU EMISION\*\***  
 MEDIANTE EL USO Y PRESENTACIÓN DE ESTE FORMULARIO OTORGO AUTORIZACIÓN A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, LABORATORIO, CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y OTRAS INSTITUCIONES QUE PROPORCIONE A SEGUROS EL ROBLE S.A Y/O AL CONTRATANTE, CUALQUIER INFORMACIÓN (INCLUYENDO COPIA EXACTA DE SUS ARCHIVOS) CON RESPECTO A TRATAMIENTOS O SERVICIOS PRESTADOS A MI PERSONA O MIS DEPENDIENTES.

“Declaro la veracidad de la información proporcionada y autorizo a los Médicos, Hospitales y demás instituciones que intervienen en el tratamiento médico, para que suministren a SEGUROS EL ROBLE, S.A., cualquier información relacionada con el expediente médico, incluyendo copias de archivos, estudios de diagnóstico y demás información pertinente. Asimismo, declaro estar enterado de la aplicación del Artículo 915 (Extinción de Responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala”

## MECANISMO PARA COMPRA DE MEDICAMENTOS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN

**ANTES DE UTILIZAR ESTE MECANISMO CONSULTE CON SU EMPRESA O CORREDOR DE SEGUROS, NO TODOS LOS AFILIADOS PUEDEN HACER USO DE ESTE SERVICIO**

### RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL MÉDICO, PACIENTE Y FARMACIA

#### LIMITACIONES:

#### Medicamentos con limitaciones de cobertura que no pueden ser despachados sin previa autorización

- De origen natural
- Preventivos (Profilácticos)
- Hormonales y para ovulación
- De origen psiquiátrico (Tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, inductores del sueño, psicoestimulantes, etc.)
- De tipo cosmético (Hidratantes, humectantes, limpiadoras, protectores solares, despigmentantes, dermatoprotectores, emolientes, etc.)
- Productos de venta popular (Alcohol isopropílico, agua oxigenada, Alka seltzer, Sal Andrews etc.)
- Vitaminas y minerales
- Reconstituyente, bioenergizantes y suplementos alimenticios
- Vacunas e Inmunoestimulantes
- Estimulantes o depresores del apetito
- Alimentación especial, leches
- Lubricantes vaginales
- Anticonceptivos
- Productos de laboratorios de medicina alternativa

#### DIAGNÓSTICOS QUE NO SE PUEDEN DESPACHAR POR MÉTODO EXPRESS

- Sobrepeso y Obesidad
- Impotencia Sexual / Disfunción Eréctil
- Acné
- Fertilidad
- Cáncer (Ca, Neoplasia, Malignidad)
- Calvicie o Alopecia (Tratamiento para la caída del cabello)
- Maternidad: Embarazo, gestación anembriónico, gemelar, hiperemesis gravídica.
- Post-Cesárea (Post-CSTP, Pos-Cs), Post-Parto (Post-PES, Post-PDS) o Post-Legrado (Post-LIU, Post-AMEU)
- Parto Prematuro (APP)
- Planificación Familiar, Post cirugías esterilizantes, Post Vasectomía o Post Obliteración Tubárica Bilateral (Pomeroy)
- Crisis de Ansiedad
- Problemas de la visión, Astigmatismo, Miopía, Hipermetropía, Presbicia
- Pie Plano
- Hiperlipidemia familiar
- Post Dilatación y Curetaje
- Melasma, Cloasma
- Menopausia (Climaterio) y Andropausia
- Cicatriz Queloides
- Disfunción de Articulación Temporo Mandibular, Disfunción ATM, Luxación (o Subluxación) Mandibular o de Mandíbula, Bruxismo o Disfunción Cráneo Maxilar
- Pubertad Precoz y/o Talla Corta
- Abscesos dentales, Gingivitis y Pulpitis
- Aborto (Ab)
- Amenaza de Aborto (Amenaza Ab)
- Puerperio
- Osteopenia, Osteoporosis
- Covid-19

#### MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS:

- Synvisc
- Olter
- Bonviva
- Lucrin Depot
- Ferinject
- Eritropoyetina
- Aclasta
- Invanz
- Filgastrim
- Clexane

#### OTRAS INDICACIONES

##### PACIENTE

- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Para consultar proveedores visite nuestra página [www.elroble.com](http://www.elroble.com), APP o bien consulte con su corredor de seguros.
- Presentar Carné de Identificación o APP
- Presentar formulario original
- Completar la sección "A" con los datos generales

##### MÉDICO

- Indicar el número de medicamentos ordenados y anular los campos que no utilice.
- Ordenar únicamente medicamentos relacionados directamente con el diagnóstico.
- Llenar el formulario con letra legible
- Indicar miligramaje
- Indicar dosis y periodicidad
- Colocar nombre, firma y sello