



Fundación MEDICOOP "Don Miguel Conde Ramírez"

Tel: 809-533-8335. Email: fundamed.mcr@hotmail.com

PROGRAMA DONACION MEDICAMENTOS PARA HTA Y DIABETES

Fecha: ____/____/____ Distrito: _____

Nombre: _____

Fecha de Nac.: ____/____/____ Edad: _____ Cedula: _____ Carnet MEDICOOP: _____

Dirección: _____

Teléfono Residencial: _____ Teléfono Celular: _____

Nombre del Familiar o persona autorizada a retirar medicamentos: _____

Cedula persona Autorizada: _____ Teléfono: _____

HIPERTENSION ARTERIAL

Tiempo de Padecimiento: _____

Médico Tratante: _____ Teléfono: _____

Centro Medico: _____

Nombre	Genérico	Dosis	Vía

DIABETES MELLITUS

Tiempo de Padecimiento: _____

Médico Tratante: _____ Teléfono: _____

Centro Medico: _____

Nombre	Genérico	Dosis	Vía

Firma del socio: _____

Firma del encargado distrital: _____