



OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍA Y AFINES
DE LA REPÚBLICA ARGENTINA I RNOS 0-0060-4

Bolivar 578/80 | Ciudad de Buenos Aires
Tel.: 5278 6100

medicacion@osalara.com.ar . autorizaciones@aleara.com.ar
www.osalara.com.ar

SOLICITUD DE FÓRMULAS LÁCTEAS

LUGAR Y FECHA _____

PACIENTE _____

AFILIADO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ PESO _____

FÓRMULA SOLICITADA

MEDICAMENTOSA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	MATERNIZADA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
CANTIDAD:			CANTIDAD:		

MOTIVO DE SOLICITUD

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS QUE AVALAN EL DIAGNÓSTICO

(SE DEBEN ADJUNTAR CON LA PLANILLA)

RESUMEN HC		OTROS ESTUDIOS	
INF LABORATORIO		INFORME NUTRICIONAL	
PEDIDO MEDICO			

RECIBE ALGÚN OTRO TRATAMIENTO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE