

E. Firma del representante del hospicio o del profesional que dio la receta (Obligatorio).

Representante _____ Fecha ___/___/___
 Cargo _____
 Profesional que dio la receta* _____ Fecha ___/___/___
 *Si el profesional que recetó el medicamento no está afiliado al hospicio proveedor, ¿ha confirmado este profesional con el hospicio proveedor que el medicamento no está relacionado con el pronóstico terminal? Sí No

SECCIÓN II – PLAN DE TRATAMIENTO (Opcional)

Nombre del hospicio	NPI del hospicio
----------------------------	-------------------------

Nombre del (de la) paciente	Núm. de ID del (de la) paciente (HICN)	Fecha de Nacimiento del (de la) paciente / /
------------------------------------	---	--

Demás medicamentos señalados en el plan de tratamiento del hospicio y señalamiento de responsabilidad económica					
Nombre y potencia del medicamento	Hospicio	Paciente	Nombre y potencia del medicamento	Hospicio	Paciente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del (de la) representante del hospicio

Representante _____ Fecha ___/___/___

Firma del (de la) beneficiario(a) o del representante autorizado(a) del (de la) beneficiario(a)

Beneficiario(a)/Representante _____ Fecha ___/___/___