DEPARTAMENTO DE SALUD

ANEJO J

SOLICITUD DE PRE-AUTORIZACIÓN PARA DESPACHOS DE MEDICAMENTOS

☐ **ADAP** ☐ **HIAP**

Apellidos	**Nombre**	**Inicial**

 # ADAP: _____ **# HIAP:** _____

☐ **Autorización por Viaje o Mudanza fuera de PR**	☐ **Autorización por Robo o Pérdida de Medicamentos**
Destino: _____ Fecha de Salida: m /d /a Fecha de Regreso: m /d /a ☐ Mudanza fuera de PR Documentos Requeridos: ☐ Copia de los pasajes de (salida y regreso) ☐ Receta con resurtidos disponibles ☐ Receta nueva (de ser necesario)	En caso de Robo de Medicamentos: Documentos Requeridos: ☐ Querella #: _____ ☐ Receta con resurtidos disponibles o Nueva En caso de Pérdida de Medicamentos: Documentos Requeridos: ☐ Declaración Jurada o Certificación del Participante ☐ Receta con resurtidos disponibles o Nueva

☐ **Autorización por Excepción** (deberá ser discutido telefónicamente con personal de ADAP)

Razón: _____

_____

Documentos Requeridos:
- ☐ Receta con resurtidos disponibles o receta nueva (de ser necesario)
- ☐ Evidencia de situación (según indicado por ADAP al discutir el caso)

Medicamentos solicitados Categoría I: *Antirretrovirales*

1 _____	4 _____
2 _____	5 _____
3 _____	6 _____

Medicamentos Categoría II: *(No disponible para HIAP)*	**Medicamentos Categoría III:** *(No disponible para HIAP)*
1 _____	1 _____
2 _____	2 _____
3 _____	3 _____

Clínica: _____ Manejador de Caso: _____

Teléfono del Manejador de Caso: _____ Fecha de Solicitud: m /d /a

PARA USO OFICIAL

Medicamentos Autorizados: _____

Días de Suplido Autorizados: _____

Oficial ADAP: _____ Fecha: _____