MA-34
Rev. 05/09
O.N.

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
PROGRAMA MEDICAID

Número Unidad Familiar_____

Nombre Jefe Unidad Familiar_____

CERTIFICACION DE GASTOS FIJOS POR MEDICAMENTOS

AUTORIZACION DEL SOLICITANTE O RESOLICITANTE O PERSONA ENCARGADA

Por la presente autorizo al Programa Medicaid del Departamento de Salud a que esta información sea comprobada con la fuente correspondiente.

_____
(Testigo de la marca)

_____
(Firma del Paciente)

_____
(Fecha)

CERTIFICACION DEL MEDICO

Certifico que _____ quien es mi paciente tiene una condición de _____.
(diagnóstico)

☐Permanente ☐Indefinida

y por tal razón utilizará los siguientes medicamentos:

Medicamentos y dosis	Uso Temporero	Uso continuo
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

_____
Nombre del Médico en letra de molde

_____
Núm. Lic. del Médico

_____
Firma del Médico

_____
Fecha

CERTIFICACION DEL FARMACEUTICO

Certifico que los medicamentos indicados por el médico en la columna a la izquierda tienen los siguientes costos:

Precio Mensual

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

_____ _____
Nombre del Farmacéutico Nombre de Farmacia

_____ _____ _____
Firma del Farmacéutico Lic. Farmacéutico Fecha

Toda persona que ofrezca información falsa con conocimiento de que no es correcta con el propósito de que la persona se beneficie de servicios del Programa Medicaid, será acusado y procesado por violación a las leyes penales de Puerto Rico.