

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)

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
a 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. _____	_____

Firma del Farmacéutico \_\_\_\_\_

Lic. Farmacéutico \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Farmacéutico \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacia \_\_\_\_\_

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 violar \_\_\_\_\_ a las leyes penales de Puerto Rico.