



DOCUMENTO ACREDITATIVO DE TRATAMIENTO EN CURSO CON CLOROQUINA / HIDROXICLOROQUINA

D./Dña. _____ Delegado del ISFAS
en _____ .e-mail o teléfono _____

DECLARA

Que el paciente (*nombre y apellidos*) _____
con DNI _____, número de afiliación _____

CUMPLE los requisitos establecidos en la Nota informativa de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios de fecha 23 de marzo, referencia 12/2020, la AEMPS informa de la distribución controlada de todo el stock de hidroxiclороquina/cloroquina, estando a tratamiento con el medicamento *y sigue tratamiento con* _____
[Dolquine 200 mg Comprimidos RE / Xanban 200 mg Comprimidos RE EFG] desde (*fecha*) _____.

..... a dede 2020

SELLO

Fdo.:

CORREO ELECTRONICO:

C/ Huesca, 31 - 28020 MADRID
C/ Alcalá, 120 – 28009 MADRID
TEL: 91 567 76 00
FAX: 91 567 77 98