

- **UGL:** _____
- **NOMBRE Y APELLIDO O RAZÓN SOCIAL:** _____
- **CUIT:** _____
- **USUARIO SII:** SI _____ NO

• **TIPO DE PRESTADOR:**

- Médico de cabecera: SI NO Médico especialista: SI NO
¿Pertenece a una Institución o Círculo Médico? SI _____ NO

• **BOCA DE ATENCIÓN:**

- Calle: _____ Número: _____
Piso: _____ DEPARTAMENTO / OFICINA Local: _____ Torre: _____
Manzana: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Código postal: _____
Dato adicional: _____

- **TELÉFONO FIJO / CELULAR:** _____
- **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

MOTIVO DE CONSULTA:

Complete en esta sección los motivos que fundamentan la solicitud de excepción para el uso del Sistema de Receta Electrónica.

- **ZONA RURAL:** SI NO
Seleccione esta opción si realiza labores profesionales en zonas rurales o en áreas geográficas que, por las particularidades de su ubicación, se encuentran alejadas y/o imposibilitadas de acceder a los requerimientos mínimos e indispensables para utilizar el Sistema de Receta Electrónica.
- **INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA:** SI NO
Seleccione esta opción si no cuenta con los recursos tecnológicos indispensables para utilizar el Sistema de Receta Electrónica. Seleccione las opciones que correspondan de acuerdo a su situación. Si el recurso tecnológico requerido no se encuadra en ninguna de las opciones detalladas, describa el mismo en el campo *Otros*.
Cableado/Conectividad Computadora Impresora Insumos (cartuchos, hojas, etc.)
Otros (describa) _____
- **DESCONOCIMIENTO DE LA HERRAMIENTA:** SI NO
Seleccione esta opción si no cuenta con la instrucción y/o la capacitación teórico-práctica suficiente para utilizar el Sistema de Receta Electrónica.
- **OTROS MOTIVOS:** SI NO
Describa en este apartado las causas que justifiquen la solicitud de excepción para la utilización del Sistema de Receta Electrónica, y no se encuadren en ninguno de los motivos detallados anteriormente.