

PEGAR TROQUELES Y REALIZAR ENMIENDAS AL DORSO DEL PRESENTE RECETARIO

Nombre y apellido del afiliado:

N° de afiliado (N° de documento)	Edad:	Peso:	Fecha de prescripción: ____/____/____
----------------------------------	-------	-------	--

Diagnóstico	Rp1:	Rp2:
-------------	------	------

Medicamento	Forma farmacéutica	Concentración	Contenido envase	Cantidad		Dosis diaria total	Días tratam.
				N°	letras		
Droga 1:							
Nombre sugerido:							
Droga 2:							
Nombre sugerido:							

Prescriptor
Especialidad: Matrícula:
Firma y Sello

Afiliado
Domicilio: Tel: DNI:
Firma y Aclaración

Farmacéutico
Firma y Sello

Para uso del farmacéutico									
Código de la farmacia									
Fecha de expendio ____/____/____									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Envases</th> <th>Precio unitario</th> <th>Importe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Envases	Precio unitario	Importe						
Envases	Precio unitario	Importe							
Total facturado:									
A cargo afiliado									
A cargo Obra Social									