

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		
Druga 1:							
Nombre sugerido:							
Druga 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 ____/____/____		
Envases	Precio unitario	Importe
Total facturado:		
A cargo afiliado		
A cargo Obra Social		