




| | | | | | |
|--|--|--------------------------|---|--|--|
| EJEMPLAR PARA EL FARMACÉUTICO |  RECETA MÉDICA | | | | |
| | PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades: <input type="text"/> Nolotil cps Paracetamol 1 gramo Ciproflouxacino 500 mg Zinnat 500 mg Diazepam 5 mg | Duración del tratamiento | | Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) | |
| | | Posología | | | |
| | | Unidades | Pauta | | |
| N orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____ | Prescriptor (Nombre, núm. colegiado, especialidad y firma) Dr Ranieri Ripoli Especialista en Cirugia Plastica, Estetica y Reparadora 3041719  Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____ | | Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación) | | |
| Sustituyo por: Justificar causa: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros _____ | Firma del farmacéutico: | | Se informa que sus datos serán incorporados en un archivo responsabilidad de _____ Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición delante del responsable. (Art. 5 LOPD) | | |
| La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación // La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento // La receta es válida para una única dispensación. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------|---|--|--|
| INFORMACIÓN AL PACIENTE |  RECETA MÉDICA | | | | |
| | PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades: <input type="text"/> SINGULAIR 10 mg | Duración del tratamiento | | Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación) | |
| | | Posología | | | |
| | | Unidades | Pauta | | |
| Diagnóstico/s (si procede) | N orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación ____ / ____ / ____ | | Prescriptor (Nombre, núm. colegiado, especialidad y firma) Ranieri Ripoli Cirugia Plastica , Estetica y Reparadora N col 4115987 Fecha de la prescripción ____ / 12 / ____ | | |
| Instrucciones al paciente (si procede) | | | Se informa que sus datos serán incorporados en un archivo responsabilidad de _____ Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición delante del responsable. (Art. 5 LOPD) | | |
| El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento. | | | | | |