



RECETA MÉDICA

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)

Núm. envases/unidades:

Duración del tratamiento

Posología

unidades	pauta

Nº orden dispensación

Fecha prevista dispensación

____ / ____ / ____

Sustituyo por:

Justificar causa:

- Urgencia
 Desabastecimiento
 Otros _____

Firma del farmacéutico:

Advertencia para el farmacéutico:

Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)

Prescriptor (Nombre, nº colegiado, especialidad y firma)

Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____

Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)

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.

Se informa que sus datos serán incorporados en un archivo de responsabilidad de _____
 Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición delante del responsable. (Art. 5 LOPD)



RECETA MÉDICA

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el medicamento - forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)

Núm. envases/unidades:

Duración del tratamiento

Posología

unidades	pauta

Nº orden dispensación

Fecha prevista dispensación

____ / ____ / ____

Paciente (Nombre y apellidos, año de nacimiento y número de identificación)

Prescriptor (Nombre, nº colegiado, especialidad y firma)

Diagnóstico/s (si procede)

Fecha de la prescripción ____ / ____ / ____

Instrucciones al paciente (si procede)

El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento.

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)