



**PEGAR TROQUELES Y REALIZAR ENMIENDAS AL DORSO DEL PRESENTE RECETARIO**

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  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Envases	Precio unitario	Importe

Total facturado:

A cargo afiliado

A cargo Obra Social