

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