

/ /
Fecha de Prescripción/
Grupo N° / Int.

Apellido y Nombre

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**MEDICAMENTOS**

R/p. Monodroga Nombre Comercial

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DOSIS DIARIA

No válido para medicamentos que requieran recetas archivadas (Psicotrópicas y Estupefacientes)

TRATAMIENTO**DIAGNÓSTICO/S**

DURACIÓN TRATAMIENTO

_____ / _____ / _____
<input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses

MÉDICO PRESCRIPTOR

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____

N° Matrícula: _____

.....
*Firma y sello***IMPORTANTE**

- Para remitir exclusivamente a FEDERADA FARMACIA.
- Se deben cumplimentar la totalidad de los requerimientos en forma manuscrita para su validación.