

/  / 

Fecha de Prescripción

 / 

Grupo N° / Int.

Apellido y Nombre

### MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

Nombre genérico <i>R/p.</i>	Concentración <i>Gr / Mg / Mcg / Ui</i>	Forma farmacéutica <i>Comprimidos / Crema / Gotas / Ampollas</i>	Nombre comercial sugerido	Dosis diaria <i>Comprimidos / Ui / Gotas / Mi</i>
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____

### TRATAMIENTO

Diagnóstico/s	Tiempo de tratamiento	Prescriptor
1 _____	_____ Meses Hasta 12 meses	Teléfono: _____
2 _____		Correo electrónico: _____
3 _____		Domicilio: _____
4 _____		.....
5 _____		Firma y sello médico

#### IMPORTANTE

- Planilla de uso exclusivo en **Federada Farmacia**.
- Se deben cumplimentar la totalidad de los requerimientos en forma manuscrita para su validación.
- Válido para medicamentos que requieran "Receta Archivada", presentando una receta **original** en cada retiro.
- Si el médico modificara dosis y/o concentración de un medicamento, deberá confeccionar una nueva planilla.
- El retiro de los medicamentos puede realizarse personalmente o mediante un tercero con la autorización correspondiente (consultar en agencia-oficina).