

2	FECHA DE PRESCRIPCIÓN										FECHA DE DISPENSACIÓN																												
	DÍA				MES			AÑO			DÍA				MES			AÑO																					
APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO																				CÓDIGO DE FARMACIA																			
Nº DE ASOCIADO																																							
MEDICAMENTO GENÉRICO / SUGERENCIA MARCA COMERCIAL / FORMA FARMACÉUTICA																																							
RP: 1										DOSIS POR UNIDAD										UNIDAD MES										DURACIÓN DEL TRATAMIENTO									
RP: 2																																							
RP: 3																																							

FIRMA Y SELLO MÉDICO

[illegible]

FECHA DE PRESCRIPCIÓN										FECHA DE DISPENSACIÓN									
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
					DÍA MES AÑO										DÍA MES AÑO				
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO										CÓDIGO DE FARMACIA									
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]										
Nº DE ASOCIADO																			
MEDICAMENTO GENÉRICO / SUGERENCIA MARCA COMERCIAL / FORMA FARMACEÚTICA										DOSES POR UNIDAD		DOSES/DÍA		UNIDAD MES		DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			
RP 1																			
RP 2																			
RP 3																			

FIRMA Y SELLO MÉDICO

[illegible]

FECHA DE PRESCRIPCIÓN		FECHA DE PREScripción	
DÍA	MES	AÑO	AÑO
APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO		CÓDIGO DE FARMACIA	
Nº DE ASOCIADO			
MEDICAMENTO GENÉRICO / SUGERENCIA MARCA COMERCIAL / FORMA FARMACEÚTICA		UNIDAD MES	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO
RP 1		DOSIS POR UNIDAD	DOSIS / DA
RP 2			
RP 3			

FIRMA Y SELLO MÉDICO

FECHA DE PRESCRIPCIÓN										FECHA DE DISPENSACIÓN									
DÍA MES AÑO										DÍA MES AÑO									
APELLIDO Y NOMBRE DEL ASOCIADO										CÓDIGO DE FARMACIA									
Nº DE ASOCIADO																			
MEDICAMENTO GENÉRICO / SUGERENCIA MARCA COMERCIAL / FORMA FARMACÉUTICA										DURACIÓN DEL TRATAMIENTO									
RP 1										UNIDAD MES									
RP 2										DOSIS/DÍA									
RP 3										JOSIS POR UNIDAD									

FIRMA Y SELLO MÉDICO