

SOLICITUD DE RECETA

Médico:

Nombre y Apellido:

Edad:

DNI:

Obra Social:

Fecha:

Peso Aprox:

Domicilio:

N° de afiliado:

Medicamento
genérico (droga):

Nombre Comercial:

Comprimidos por envase:

Dosis (mg/ml):

Dosis diaria:

Tratamiento prolongado: SI NO (Tache la que no corresponda)

OTRA SOLICITUD:

Nota: En el caso de solicitar Historia Clínica consignar cuál es la finalidad de la misma (por ejemplo: pedido de rehabilitación, de transporte, renovación de medicación, etc)