



Nº de Receta:

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	<p>PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).</p> <p>Núm. envases / unidades:</p> <p>Vía de administración _____</p>	<p>Duración del tratamiento</p>	<p>PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE)</p>				
		<p>Posología</p>					
		<table border="1"> <tr> <td>Unidades</td> <td>Pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Unidades	Pauta			<p>PRESCRIPTOR</p> <p>Fecha prevista ____ / ____ / ____</p> <p>Firma de Farmacéutico</p> <p>Fecha de la prescripción * ____ / ____ / ____</p>
		Unidades	Pauta				
<p>Nº orden dispensación <input type="checkbox"/></p>							
<p>Información al Farmacéutico, en su caso</p>	<p>Motivo de la</p> <p><input type="checkbox"/> Urgencia</p> <p><input type="checkbox"/> Desabastecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (indicar)</p> <p>_____</p>	<p>FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)</p>					
<p>* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 6 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.</p>		<p>En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en los ficheros de la farmacia dispensadora para la misma finalidad. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de los</p>					



Nº de Receta:

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	<p>PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).</p> <p>Núm. envases / unidades:</p> <p>Vía de administración _____</p>	<p>Duración del tratamiento</p>	<p>PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE)</p>				
		<p>Posología</p>					
		<table border="1"> <tr> <td>Unidades</td> <td>Pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Unidades	Pauta			<p>PRESCRIPTOR</p> <p>Fecha prevista ____ / ____ / ____</p> <p>Firma de Farmacéutico</p> <p>Fecha de la prescripción * ____ / ____ / ____</p>
		Unidades	Pauta				
<p>Nº orden dispensación <input type="checkbox"/></p>							
<p>DIAGNÓSTICO (si procede)</p>		<p>FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)</p>					
<p>INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)</p>		<p>En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en los ficheros de la farmacia dispensadora para la misma finalidad. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de los</p>					
<p>El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.</p>		<p>En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en los ficheros de la farmacia dispensadora para la misma finalidad. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de los</p>					