

PRESCRIPCIÓN (Consiguar el producto. En caso de medicamento: forma farmacéutica, vía administ., dosis por unidad y unidades por envase).

DPS

Nº env.

1

Rivotril 2mg

comp

Duración del tratamiento

Posología:

2/8h

Fecha prevista dispensación

19/09/2016

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, nº de identificación).

Fecha de prescripción: ___/___/___



Cias

Dra

Col.

MÉDICO (Datos de identificación y firma).

Información al farmacéutico
y visado, en su caso.

Motivo de la sustitución

- urgencia
 desabastecimiento
 precio referencia

Firma del farmacéutico

CUPONES PRECINTO

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación, fecha dispensación y firma).



MD3 2898899 31

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se informa de que estos datos serán incorporados al fichero "Gestión de la Prestación Farmacéutica" para la gestión y control de la Prestación Farmacéutica, cuyo órgano responsable es la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. La información sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrá obtenerse a través del teléfono 012.

CUERPO DE LA RECETA