



COLEGIO PODÓLOGOS MADRID

Nº de Receta: \_\_\_\_\_

### RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

<b>RECETA MÉDICA PRIVADA</b>	<b>PRESCRIPCIÓN</b> 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).  Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento	<b>PACIENTE</b> (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
		Posología		
		Unidades	Pauta	<b>PRESCRIPTOR</b> (datos de identificación y firma)   Fecha de la prescripción *    /    /
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación    /    /		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento	<b>FARMACIA</b> (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
<small>* 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 3 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.</small>		<small>De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2018/679 del Parlamento Europeo y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales, así como en el resto de normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos en cumplimiento de sus obligaciones legales. Podrá ejercer en la dirección del prescriptor y/o farmacia dispensadora sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y portabilidad. Asimismo le es otorgado a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (AEPD) www.aepd.es). Para más información puede dirigir un mail a administración@gcgp.es.</small>		



COLEGIO PODÓLOGOS MADRID

Nº de Receta: \_\_\_\_\_

### RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA</b>	<b>PRESCRIPCIÓN</b> 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).  Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento	<b>PACIENTE</b> (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
		Posología		
		Unidades	Pauta	<b>PRESCRIPTOR</b> (datos de identificación y firma)   Fecha de la prescripción *    /    /
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/> Fecha prevista dispensación    /    /		
Firma de Farmacéutico				
<b>DIAGNÓSTICO</b> (si procede)		<b>FARMACIA</b> (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
<b>INSTRUCCIONES AL PACIENTE</b> (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		<small>De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2018/679 del Parlamento Europeo y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales, así como en el resto de normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos en cumplimiento de sus obligaciones legales. Podrá ejercer en la dirección del prescriptor y/o farmacia dispensadora sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y portabilidad. Asimismo le es otorgado a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control (AEPD) www.aepd.es). Para más información puede dirigir un mail a administración@gcgp.es.</small>		