

EJEMPLAR PARA EL FARMACEUTICO

 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	RECETA MEDICA					
	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)		Duracion tratamiento Dias		Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)	
	Núm. envases/unidades		unidades	pauta	Nombre :	
					Dni/Nie :	
			Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensació		Prescriptor(Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO Núm . Col . 5273 Especialidad: Odontoestomatología Email pddental22@gmail.com Telefono: 933377714 Fecha de prescripción :	
					Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)	
Substituido por: Justificar causa: Firma farmaceutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros					Advertencia al farmacéutico:	Se informa que sus datos serán incorporados en un fichero responsabilidad de . Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable. (Art. 5 LOPD)
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación / La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento/ La receta es válida para una única dispensación						

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE

 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	RECETA MEDICA				
	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)		Duración tratamiento Dias		Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)
	Núm. envases/unidades		unidades	pauta	Nombre :
			Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :		Dni/Nie :
	Substituido por: Justificar causa: Firma farmaceutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		Advertencia al farmaceutico:		Prescriptor(Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO Núm . Col . 5273 Especialidad: Odontoestomatología Email pddental22@gmail.com Telefono: 933377714 Fecha de prescripción :
					Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación / La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento/ La receta es válida para una única dispensación					Se informa que sus datos serán incorporados en un fichero responsabilidad de . Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable. (Art. 5 LOPD)

INDICACIONES PARA EL PACIENTE

OTROS MEDICAMENTOS :



NIF. J66472580

Rambla Just Oliveras, 56 - 2^a
08901 L'Hospitalet de Llobregat

Teléfono: 933 377 714

DRA. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO

NÚM. COL. 5273

DATA :