

EJEMPLAR PARA EL FARMACEUTICO	 RECETA MEDICA		 					
	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades		Duración tratamiento Días					
			<table border="1"> <tr> <td>unidades</td> <td>pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		unidades	pauta		
			unidades	pauta				
Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación								
Substituido por: Justificar causa: Firma farmaceutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		Advertencia al farmacéutico:		Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie : 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 :				
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)						

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE	 RECETA MEDICA		 					
	PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase) Núm. envases/unidades		Duración tratamiento Días					
			<table border="1"> <tr> <td>unidades</td> <td>pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		unidades	pauta		
			unidades	pauta				
Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :								
Substituido por: Justificar causa: Firma farmaceutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		Advertencia al farmacéutico:		Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie : 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 :				
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
 Telefono: 933 377 714

DRA. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO

NÚM. COL. 5273

DATA :