

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 <table border="1" style="width: 100px;"> <tr> <td style="width: 50px;">unidades</td> <td style="width: 50px;">pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	unidades	pauta			Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie :
	unidades	pauta						
	Núm. envases/unidades Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensació							
	Substituido por: Justificar causa: <input type="text"/> Firma farmaceutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		Advertencia al farmacéutico:					
		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 <input type="text"/> . Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable. (Art. 5 LOPD)								

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)		Duracion tratamiento <table border="1" style="width: 100px;"> <tr> <td style="width: 50px;">unidades</td> <td style="width: 50px;">pauta</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	unidades	pauta			Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie :
	unidades	pauta						
	Núm. envases/unidades Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :							
	Substituido por: Justificar causa: <input type="text"/> 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 <input type="text"/> . 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 - 2a
 08901 L'Hospitalet de Llobregat
 Telefono: 933 377 714

DRA. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO

NÚM. COL. 5273

DATA :