

EJEMPLAR PARA EL FARMACEUTICO	 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	RECETA MEDICA	 																					
	<p>PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)</p> <p>Núm. envases/unidades</p>																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Duracion tratamiento</th> <th style="text-align: center;">Dias</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">unidades</th> <th style="text-align: center;">pauta</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Nombre :</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Dni/Nie :</td> </tr> </tbody> </table>				Duracion tratamiento		Dias	Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)		unidades	pauta							Nombre :					Dni/Nie :	
Duracion tratamiento		Dias	Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)																					
unidades	pauta																							
			Nombre :																					
			Dni/Nie :																					
	<p>Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensació</p>																							
	<p>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 :</p>																							
	<p>Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)</p>																							
	<p>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</p>																							
	<p>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)</p>																							

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE	 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	RECETA MEDICA	 																					
	<p>PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase)</p> <p>Núm. envases/unidades</p>																							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">Duración tratamiento</th> <th style="text-align: center;">Dias</th> <th colspan="2" style="text-align: left;">Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">unidades</th> <th style="text-align: center;">pauta</th> <th></th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Nombre :</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">Dni/Nie :</td> </tr> </tbody> </table>				Duración tratamiento		Dias	Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)		unidades	pauta							Nombre :					Dni/Nie :	
Duración tratamiento		Dias	Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)																					
unidades	pauta																							
			Nombre :																					
			Dni/Nie :																					
	<p>Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :</p>																							
	<p>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 :</p>																							
	<p>Farmacia (NIF/CIF, datos de identificación, fecha de dispensación)</p>																							
	<p>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</p>																							
	<p>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)</p>																							

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 :