

EJEMPLAR PARA EL FARMACEUTICO	 <b>RECETA MEDICA</b>		 					
	<b>PRESCRIPCIÓN</b> ( Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase ) Núm. envases/unidades		<b>Duración tratamiento</b> <b>Días</b>					
			<table border="1"> <tr> <td><b>unidades</b></td> <td><b>pauta</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		<b>unidades</b>	<b>pauta</b>		
			<b>unidades</b>	<b>pauta</b>				
Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación								
<b>Substituido por:</b> Justificar causa:                      Firma farmacéutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		<b>Advertencia al farmacéutico:</b>		<b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie : <b>Prescriptor</b> (Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) <b>Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO</b> <b>Núm . Col . 5273</b> <b>Especialidad: Odontoestomatología</b> <b>Email pddental22@gmail.com</b> <b>Telefono: 933377714</b> <b>Fecha de prescripción :</b>				
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	 <b>RECETA MEDICA</b>		 					
	<b>PRESCRIPCIÓN</b> ( Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase ) Núm. envases/unidades		<b>Duración tratamiento</b> <b>Días</b>					
			<table border="1"> <tr> <td><b>unidades</b></td> <td><b>pauta</b></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		<b>unidades</b>	<b>pauta</b>		
			<b>unidades</b>	<b>pauta</b>				
Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :								
<b>Substituido por:</b> Justificar causa:                      Firma farmacéutico: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Otros		<b>Advertencia al farmacéutico:</b>		<b>Paciente</b> (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación) Nombre : Dni/Nie : <b>Prescriptor</b> (Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) <b>Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO</b> <b>Núm . Col . 5273</b> <b>Especialidad: Odontoestomatología</b> <b>Email pddental22@gmail.com</b> <b>Telefono: 933377714</b> <b>Fecha de prescripción :</b>				
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<sup>a</sup>  
 08901 L'Hospitalet de Llobregat  
 Telefono: 933 377 714

**DRA. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO**

**NÚM. COL. 5273**

**DATA :**