

EJEMPLAR PARA EL FARMACEUTICO	 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	<b>RECETA</b> <b>MEDICA</b>								
<p><b>PRESCRIPCIÓN</b> ( 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 style="width: 50%;">Duracion tratamiento</th> <th style="width: 50%;">Dias</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">unidades</th> <th style="text-align: center;">pauta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Duracion tratamiento	Dias	unidades	pauta			<p>Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)</p> <p>Nombre : _____</p> <p>Dni/Nie : _____</p>
		Duracion tratamiento	Dias							
unidades	pauta									
		<p>Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensació</p>	<p>Prescriptor(Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) <b>Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO</b> Núm . Col . 5273 Especialidad: Odontoestomatología Email pddental22@gmail.com Telefono: 933377714 Fecha de prescripción :</p>							
<p><b>Substituido por:</b> Justificar causa: _____ Firma farmaceutico:  <input type="checkbox"/> Urgencia  <input type="checkbox"/> Desabastecimiento  <input type="checkbox"/> Otros       </p>		<p>Advertencia al farmacéutico:</p>		<p>Farmacia ( NIF/CIF, datos de identificación, fecha de 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>						
<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>										

EJEMPLAR PARA EL PACIENTE	 Col·legi Oficial d'Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya	<b>RECETA</b> <b>MEDICA</b>								
<p><b>PRESCRIPCIÓN</b> ( 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 style="width: 50%;">Duración tratamiento</th> <th style="width: 50%;">Dias</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">unidades</th> <th style="text-align: center;">pauta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Duración tratamiento	Dias	unidades	pauta			<p>Paciente (Nombre y apellidos, año nacimiento y num. Identificación)</p> <p>Nombre : _____</p> <p>Dni/Nie : _____</p>
		Duración tratamiento	Dias							
unidades	pauta									
		<p>Núm. orden dispensación Fecha prevista dispensación :</p>	<p>Prescriptor(Nom,núm. colegiado, especialidad y firma) <b>Dra. OTILIA DEL PILAR BARREIRO LIRIANO</b> Núm . Col . 5273 Especialidad: Odontoestomatología Email pddental22@gmail.com Telefono: 933377714 Fecha de prescripción :</p>							
<p><b>Substituido por:</b> Justificar causa: _____ Firma farmaceutico:  <input type="checkbox"/> Urgencia  <input type="checkbox"/> Desabastecimiento  <input type="checkbox"/> Otros       </p>		<p>Advertencia al farmaceútico:</p>		<p>Farmacia ( NIF/CIF, datos de identificación, fecha de 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>						
<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>										

INDICACIONES PARA EL PACIENTE

**OTROS MEDICAMENTOS :**