



OMC

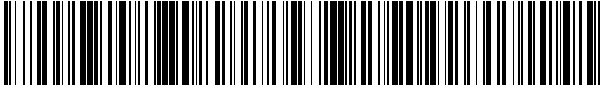


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074664

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		CXBPjxFUueZB+nYdmQk0wSMDNkE=		



OMC

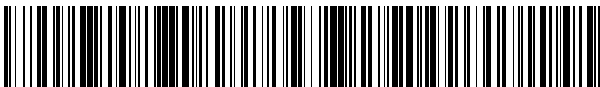


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074664

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		CXBPjxFUueZB+nYdmQk0wSMDNkE=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074665

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____ / ____ / ____			
Firma de Farmacéutico					
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)	
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 uidnms/GnmlyC1/f12oqRACNLrU=			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074665

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____ / ____ / ____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)	
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 uidnms/GnmlyC1/f12oqRACNLrU=			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074666

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 Kc3TMP02kDrND4Z/tgj4OIHZhQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074666

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 Kc3TMP02kDrND4Z/tgj4OIHZhQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074667

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 1qRCPH4oqiuZhbrE/dVgxCQAglA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074667

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 1qRCPH4oqiuZhbrE/dVgxCQAglA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074668

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 /5VQb/6wewG2bmdxX2UdOhNzMT0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074668

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 /5VQb/6wewG2bmdxX2UdOhNzMT0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074669

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 jQk5JKvjwi5XvatQh+L9MRM/Knw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074669

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 jQk5JKvjwi5XvatQh+L9MRM/Knw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

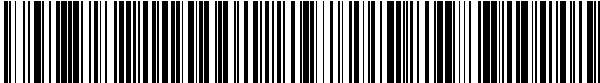


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074670

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 rC7dbP11QJJA8gRGH5DmeRvbm1w=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074670

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 rC7dbP11QJJA8gRGH5DmeRvbm1w=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

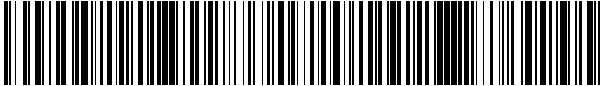


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074671

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____		Firma de Farmacéutico		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 QCXw2Y9UCR+dduG3sAVM3RPYFas=		
De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.				



OMC

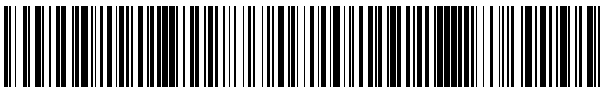


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074671

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____		Firma de Farmacéutico		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 QCXw2Y9UCR+dduG3sAVM3RPYFas=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074672

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 vsAL2vVoytt5VpuXZPtMeRmQzPw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

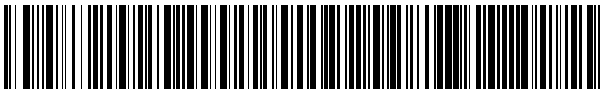


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074672

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 vsAL2vVoytt5VpuXZPtMeRmQzPw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074673

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 vRSnokQC68RUEcRWPGAV0Nx8j18=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

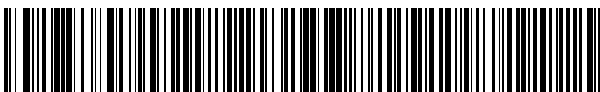


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074673

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 vRSnokQC68RUEcRWPGAV0Nx8j18=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

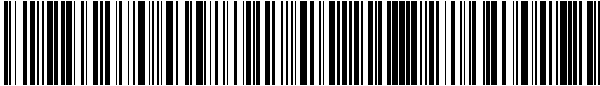


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074674

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 60SQT+wpivHRK+pH7SVU5MFaJnw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074674

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		<input type="text"/>			
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
Fecha prevista ____/____/____					
DIAGNÓSTICO (si procede)				 60SQT+wpivHRK+pH7SVU5MFaJnw=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074675

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 4A5vEkqobsPoKXByai4M9UTHea4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074675

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 4A5vEkqobsPoKXByai4M9UTHea4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074676

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 ixMYHYyGfUkWWAVkveHHUecxnkh=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074676

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 ixMYHYyGfUkWWAVkveHHUecxnkh=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

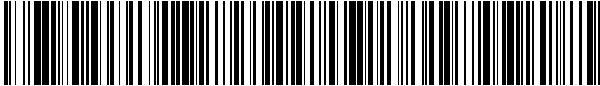


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074677

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		rmryBBk1zMIZRsS+Wm9nhNVdwzg=		



OMC

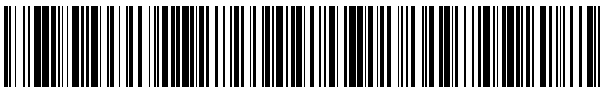


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074677

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		rmryBBk1zMIZRsS+Wm9nhNVdwzg=		



OMC

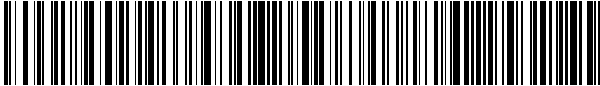


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074678

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		Xc+JuZ3hcqbNzZrJgnNiEjq7Stc=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074678

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		Xc+JuZ3hcqbNzZrJgnNiEjq7Stc=		



OMC

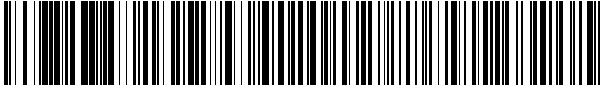


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074679

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 k7JmJC1b45rCqu2XKLkDID6i7fc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074679

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 k7JmJC1b45rCqu2XKLkDID6i7fc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

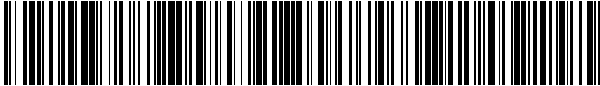


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074680

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 zF6mdnjy9vQCM7Toal3fiPNXuR8=		



OMC

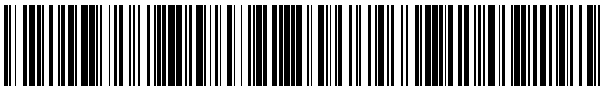


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074680

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
		 zF6mdnjy9vQCM7Toal3fiPNXuR8=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074681

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 hmJTj0TojAh9s8xCFxa0BPJEaLw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074681

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 hmJTj0TojAh9s8xCFxa0BPJEaLw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

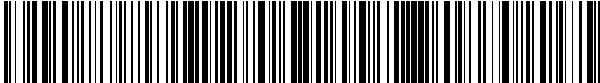


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074682

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 JVx+kGEdL6UHul71QraOUIXblwg=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074682

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 JVx+kGEdL6UHul71QraOUIXblwg=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074683

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 0F3jbUSGxoLa8GQIUm+6TdZl+Ug=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074683

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 0F3jbUSGxoLa8GQIUm+6TdZl+Ug=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

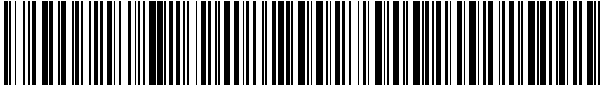


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074684

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 aZXd6jr8l0p9Hzou0douo3QtT2o=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074684

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 aZXd6jr8l0p9Hzou0douo3QtT2o=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074685

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 gVKAk045QLrecDTEFPt+shGqrF0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074685

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		<input type="text"/>			
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
Fecha prevista ____/____/____					
DIAGNÓSTICO (si procede)				 gVKAk045QLrecDTEFPt+shGqrF0=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC

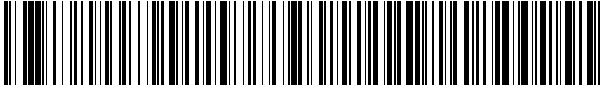


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074686

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción / /
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista / /				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		UAcigedKa3tdlkZi4jTVmCa9Rxxw=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074686

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción / /
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista / /				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		UAcigedKa3tdlkZi4jTVmCa9Rxxw=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074687

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 Xfbkz6qN4sP+NZeCKGZ3/0vA1Ws=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074687

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Xfbkz6qN4sP+NZeCKGZ3/0vA1Ws=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074688

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		TYttcY0/qtxbsbtyCZ7r/Bu+qNs=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074688

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		TYttcY0/qtxbsbtyCZ7r/Bu+qNs=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074689

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 +PQ8992VLUN+rGY7T6g7k5rl5BE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074689

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 +PQ8992VLUN+rGY7T6g7k5rl5BE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074690

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		kvYDczrK8vuWTy/sROKGPfN51aU=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074690

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		kvYDczrK8vuWTy/sROKGPfN51aU=		



OMC

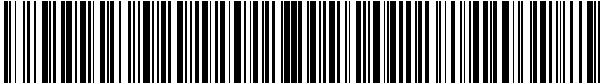


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074691

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 eV5YVtMv65x9RZ9ZOu/9nFqVxc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074691

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 eV5YVtMv65x9RZ9ZOu/9nFqVxc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074692

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 ufroLMqCJeT4IlpVB+PqJGH4jbM=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074692

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 ufroLMqCJeT4IlpVB+PqJGH4jbM=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074693

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 lycVry7GzVT/h++jKPgV2OISH2U=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074693

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 lycVry7GzVT/h++jKPgV2OISH2U=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

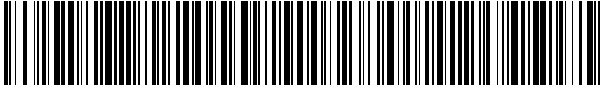


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074694

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 nQ2bzPCg2XOoG4uwLnixH41Zfq4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

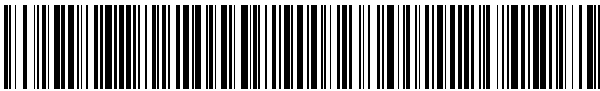


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074694

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 nQ2bzPCg2XOoG4uwLnixH41Zfq4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074695

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 PZPFI8zsDIDfs6+gXeErbEb7oSA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074695

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 PZPFI8zsDIDfs6+gXeErbEb7oSA=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074696

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 M0lktEl+F4ijAabsk61S44bZBhk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074696

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 M0lktEl+F4ijAabsk61S44bZBhk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

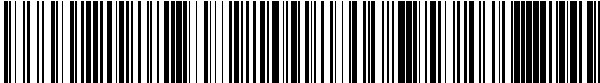


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074697

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 fiiU2YHOYiC86wWAGNfrY0cTjRU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074697

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 fiiU2YHOYiC86wWAGNfrY0cTjRU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074698

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 vMKZfcYz6U2O/U7aSLwDI7mJX0k=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074698

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		<input type="checkbox"/>			
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>			
Fecha prevista ____ / ____ / ____					
DIAGNÓSTICO (si procede)				 vMKZfcYz6U2O/U7aSLwDI7mJX0k=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC

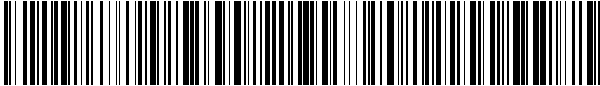


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074699

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		698glF4BOHvw42LQfCDwF300OrQ=		



OMC

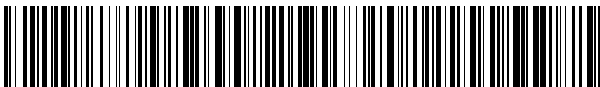


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074699

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		698glF4BOHvw42LQfCDwF300OrQ=		



OMC

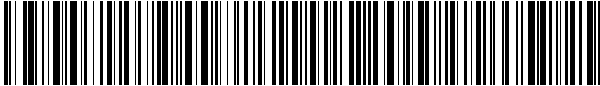


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074700

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.
		SrpD6T+5puGAG6vWePTxQ+S4lfo=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074700

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.
		SrpD6T+5puGAG6vWePTxQ+S4lfo=		



OMC

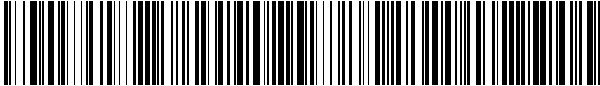


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074701

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 ouGa6CPfgS//wztGcnOJh2xKiP4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074701

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 ouGa6CPfgS//wztGcnOJh2xKiP4=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074702

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 3cgbL1A4FFPU92pmx6sxhGuriCk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074702

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 3cgbL1A4FFPU92pmx6sxhGuriCk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074703

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 S7fe09mlS5tBHJRchFOzGhysnkQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

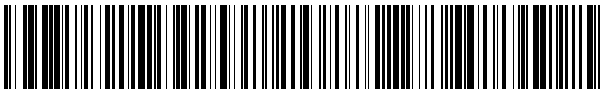


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074703

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 S7fe09mlS5tBHJRchFOzGhysnkQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

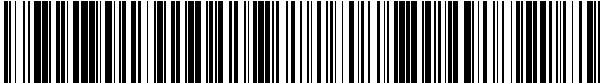


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074704

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 rWQmtKIWRXNnUfIFG9jLT9Jvnd0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074704

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				 rWQmtKIWRXNnUfIFG9jLT9Jvnd0=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074705

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 j7jl8T/B99Wb8Ou7ehK3dlglgRE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074705

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 j7jl8T/B99Wb8Ou7ehK3dlglgRE=		



OMC

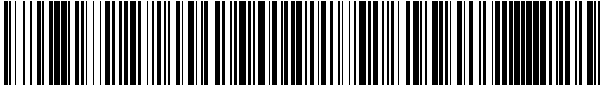


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074706

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 CLWG0y+IQaZzu953Hr5e6OQhR7U=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074706

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 CLWG0y+IQaZzu953Hr5e6OQhR7U=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

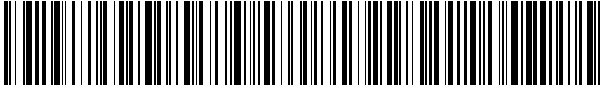


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074707

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 /RAFFVoHofkxrlceKISYbJ/2hp0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074707

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 /RAFFVoHofkxrlceKISYbJ/2hp0=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

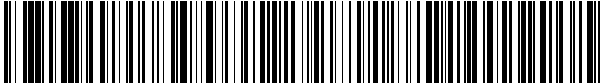


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074708

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		UEPa8BfbsrBBO8kMGi1eAm/JsZY=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074708

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		UEPa8BfbsrBBO8kMGi1eAm/JsZY=		



OMC

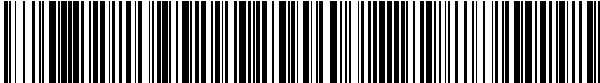


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074709

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 jo7R92nStTVzJoQaxyPCvAHcKs=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074709

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		<input type="checkbox"/>			
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>			
Fecha prevista ____/____/____					
DIAGNÓSTICO (si procede)				 jo7R92nStTVzJoQaxyPCvAHcKs=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074710

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 dy/kDTOL7QzsKNwpbSZnYNolJbU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

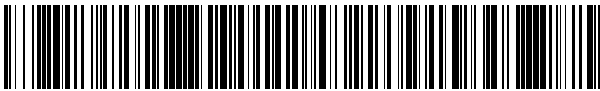


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074710

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 dy/kDTOL7QzsKNwpbSZnYNolJbU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

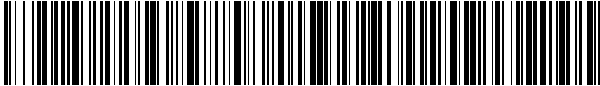


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074711

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		d9yc5TLir++wIUePLLMnW0tPRd0=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074711

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		d9yc5TLir++wIUePLLMnW0tPRd0=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074712

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 EO8h8oz9oXtrdlG6wVpAA/Qadds=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074712

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 EO8h8oz9oXtrdlG6wVpAA/Qadds=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

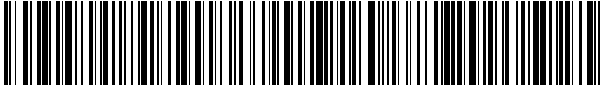


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074713

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		WWsi/G/ASWbhjQEz3ewgAj7tSf4=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074713

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		WWsi/G/ASWbhjQEz3ewgAj7tSf4=		



OMC

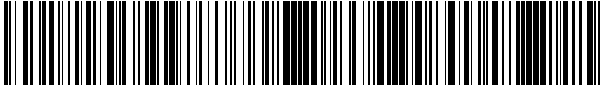


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074714

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 Z2C0ofLLADkdc7wefqUqesWpCU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

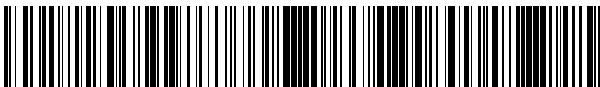


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074714

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Z2C0ofLLADkdc7wefqUqesWpCU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

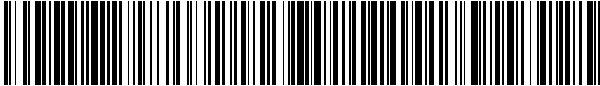


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074715

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 Q46y7+GjncZ6Okzs/K/NqNko4tl=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

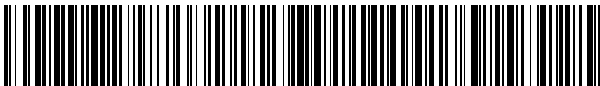


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074715

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Q46y7+GjncZ6Okzs/K/NqNko4tl=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074716

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 tvPsEpc25088wqjhFm72b8Yrwgl=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074716

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				 tvPsEpc25088wqjhFm72b8Yrwgl=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC

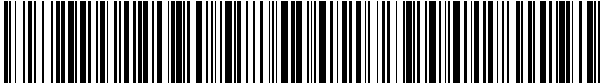


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074717

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 gd6ZW15XVxrDFpTp42dlVsp35bE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074717

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 gd6ZW15XVxrDFpTp42dlVsp35bE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074718

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 cFr4/qCTKaLbD8QJOXygV4kGBYk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074718

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 cFr4/qCTKaLbD8QJOXygV4kGBYk=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

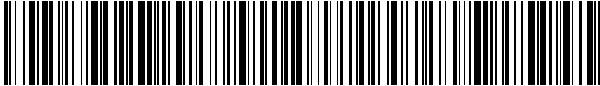


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074719

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 tZerNVmg8fctE9TCB3esjfirYDo=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074719

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 tZerNVmg8fctE9TCB3esjfirYDo=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

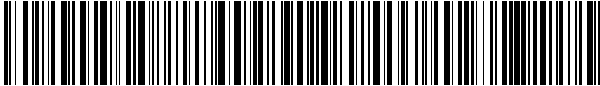


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074720

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		9aVWxOwBEIsx5Ruye8uXjaWYE78=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074720

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		9aVWxOwBEIsx5Ruye8uXjaWYE78=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074721

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 Od6Qv5CwexQEsiMrL9rmlabGbAY=		
De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.				



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074721

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Od6Qv5CwexQEsiMrL9rmlabGbAY=		
De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.				



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074722

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 +9OLme05J8T/ghOCIm8+mX5JCpY=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074722

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 +9OLme05J8T/ghOCIm8+mX5JCpY=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

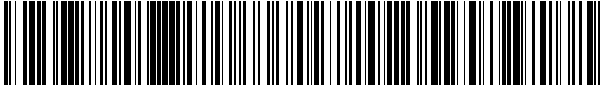


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074723

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		znP+QuRU3FWabfuMF2xPntYuFyA=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074723

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		znP+QuRU3FWabfuMF2xPntYuFyA=		



OMC

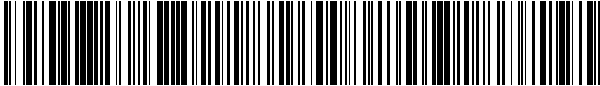


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074724

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		MoWPTigPT088bOBuxbAHZL99bIA=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074724

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		MoWPTigPT088bOBuxbAHZL99bIA=		



OMC

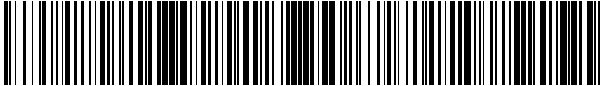


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074725

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 I+YAVUs04p8d74XlJlF/1xE4Y=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074725

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 I+YAVUs04p8d74XlJlF/1xE4Y=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074726

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción / /
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista / /				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 V4V9S5cJkTN8c0vcUN0zt9yPj0w=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074726

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción / /
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista / /				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 V4V9S5cJkTN8c0vcUN0zt9yPj0w=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074727

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 64uBt1kPPvhZgOFgjPxSJZtOU=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074727

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 64uBt1kPPvhZgOFgjPxSJZtOU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

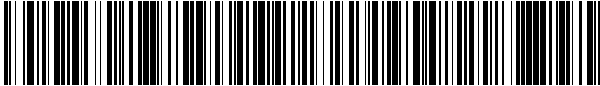


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074728

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 sQyfOAUAOvW/zM3GSZsSos458dU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074728

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 sQyfOAUAOvW/zM3GSZsSos458dU=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074729

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 A6t6nj2LGf3lFYfQa1QywFqEAtY=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074729

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
		 A6t6nj2LGf3lFYfQa1QywFqEAtY=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074730

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 2ljeB0hhvXowM1VyVoNpgQEd4ag=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074730

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 2ljeB0hhvXowM1VyVoNpgQEd4ag=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

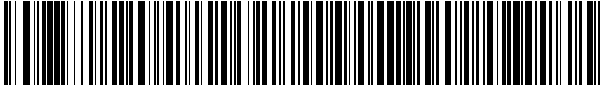


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074731

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 wUGiQVxqHQ2fJl4uzqpmVVx9sys=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074731

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 wUGiQVxqHQ2fJl4uzqpmVVx9sys=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

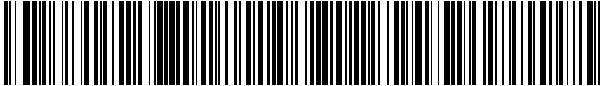


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074732

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 mleNDPk721AQ15fU2UeOqG7aSBE=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074732

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				 mleNDPk721AQ15fU2UeOqG7aSBE=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC

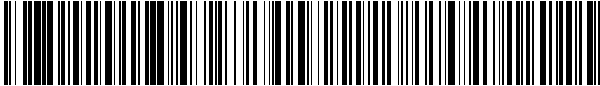


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074733

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 yT41tKLwsdeckNoC461nafsqr1g=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074733

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 yT41tKLwsdeckNoC461nafsqr1g=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074734

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 6pmHN66WW92fwY8OAaVQIFM26FA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074734

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
		 6pmHN66WW92fwY8OAaVQIFM26FA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074735

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 LclKR0dyg LH6g L7xaZtaaTefkJO=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074735

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 LclKR0dyg LH6g L7xaZtaaTefkJO=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

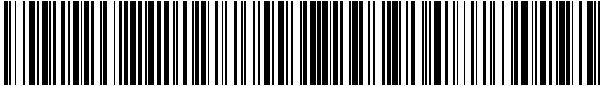


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074736

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 tV4Mfy32FSllrtc7MMbShpHElCW=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074736

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 tV4Mfy32FSllrtc7MMbShpHElCW=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074737

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 3d7BZO8sk+qgMe+/CkepSfcwC8=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC

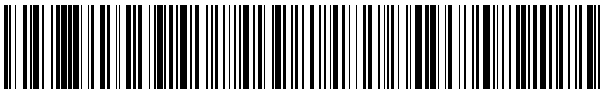


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074737

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 3d7BZO8sk+qgMe+/CkepSfcwC8=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074738

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 2/CSP/d1MlvzksR7A08L3EA667k=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

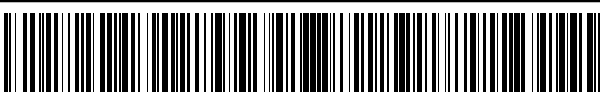


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074738

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				 2/CSP/d1MlvzksR7A08L3EA667k=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074739

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 r6yCGyLbo285tYNpLeNKuf7NXqY=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074739

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)				 r6yCGyLbo285tYNpLeNKuf7NXqY=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



OMC

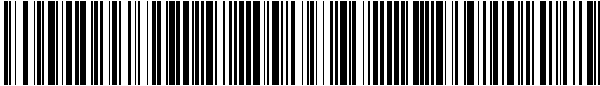


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074740

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		Xt1XRjdR2ydUwvkGyf0POyBs3ug=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074740

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		Xt1XRjdR2ydUwvkGyf0POyBs3ug=		



OMC

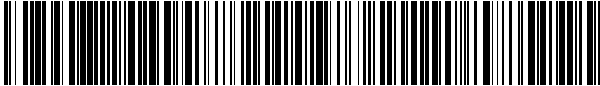


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074741

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 7RoP7qyoqHILQ/szFdQW16xAvFo=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074741

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 7RoP7qyoqHILQ/szFdQW16xAvFo=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074742

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 1Y6/3Cr3hDberceYpV2xGW19hww=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074742

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 1Y6/3Cr3hDberceYpV2xGW19hww=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

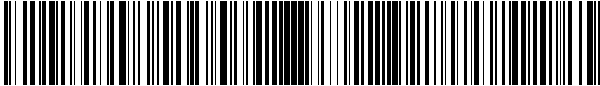


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074743

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		26H/BvitXkuH/7PBC0PSMIE3E38=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074743

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				
		26H/BvitXkuH/7PBC0PSMIE3E38=		



OMC

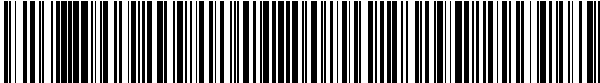


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074744

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 2d7wNRJZvNhp3zww4g85iRr95WI=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074744

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____ / ____ / ____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 2d7wNRJZvNhp3zww4g85iRr95WI=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

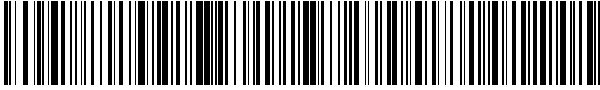


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074745

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 Xq+Aikv5+mMiKB4VdTE5pEh1qA8=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074745

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Xq+Aikv5+mMiKB4VdTE5pEh1qA8=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074746

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 8/rRooMMrCN43/Q/SzbO4DdIWNg=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgcom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074746

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				 8/rRooMMrCN43/Q/SzbO4DdIWNg=
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074747

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 5xKO6APp1rC0dcGLK61simJaktA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074747

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
		 5xKO6APp1rC0dcGLK61simJaktA=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

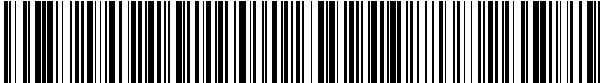


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074748

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 Q5d6qR3IV3MuH9goWY/MeCcC0eQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

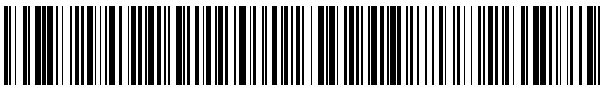


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074748

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Q5d6qR3IV3MuH9goWY/MeCcC0eQ=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

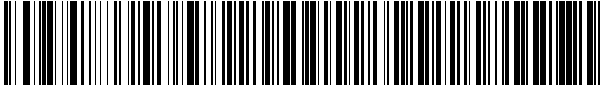


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074749

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		xSq+CctkrIL0RrXWO0hOK30QGKQ=		



OMC

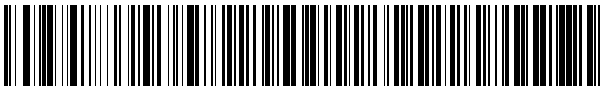


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074749

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		xSq+CctkrIL0RrXWO0hOK30QGKQ=		



OMC

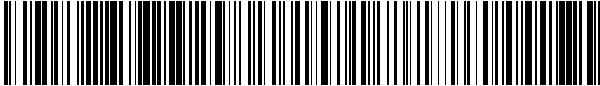


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074750

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 49hUyKz485vbgINrFKaFAGED9ss=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074750

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 49hUyKz485vbgINrFKaFAGED9ss=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

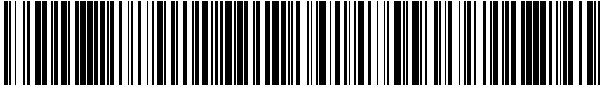


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074751

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		K9WPVH+WF2yMKmhq1qlotife3JU=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074751

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		K9WPVH+WF2yMKmhq1qlotife3JU=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074752

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 4rN8wnNWofM8srjgprzdy6PRAyw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074752

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 4rN8wnNWofM8srjgprzdy6PRAyw=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074753

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____		Firma de Farmacéutico		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		iDu5ZpRsfEERI1794GohFqNUgYc=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074753

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____		Firma de Farmacéutico		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		iDu5ZpRsfEERI1794GohFqNUgYc=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074754

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 jLW5dKW4Y73RPW0dFkk7z7lj81s=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074754

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="checkbox"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____ / ____ / ____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="checkbox"/>		
		Nº orden dispensación <input type="checkbox"/>		
Fecha prevista ____ / ____ / ____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 jLW5dKW4Y73RPW0dFkk7z7lj81s=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgom.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074755

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
		 MQncZpZf74P26dKK3wiKCELPqil=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074755

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		<input type="text"/>		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
Fecha prevista ____/____/____				
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 MQncZpZf74P26dKK3wiKCELPqil=		
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074756

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)	
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 GOKk2G7X4yZ9KlbwgBj2/nz8gHw=			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074756

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción ____/____/____	
		Posología			
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispensación <input type="text"/>			
		Fecha prevista ____/____/____			
DIAGNÓSTICO (si procede)					
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 GOKk2G7X4yZ9KlbwgBj2/nz8gHw=			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074757

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 +TlxFO1MOt6L7DXQIROqLj1ORQs=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074757

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 +TlxFO1MOt6L7DXQIROqLj1ORQs=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074758

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 Jlibndo92ayB7cF+9TS9FI5/xKs=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074758

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 Jlibndo92ayB7cF+9TS9FI5/xKs=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC

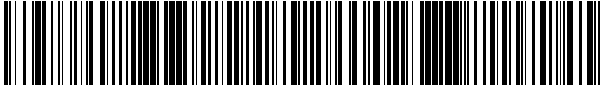


ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074759

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		Rica84ULZ048/A8TaNuzbPmA6WA=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074759

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		Rica84ULZ048/A8TaNuzbPmA6WA=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074760

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				
				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		L1CaYkFBQN31w8ibgJ+7kIA06gE=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074760

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.
		L1CaYkFBQN31w8ibgJ+7kIA06gE=		



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074761

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
Firma de Farmacéutico				
Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		 8HusoRUqDGdviTbRKH7fTb1RLrc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.



OMC




ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

Nº de Receta: 38-3074761

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: <input type="text"/>	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte) PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado: 383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España) Fecha de la prescripción: ____/____/____
		Posología		
		Unidades	Pauta	
		Nº orden dispensación <input type="text"/>		
		Fecha prevista ____/____/____		
DIAGNÓSTICO (si procede)				FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.		 8HusoRUqDGdviTbRKH7fTb1RLrc=		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgc.com.es.