

	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología				
		Unidades	Pauta				
Α				DDESCRIPTOR	(datas da idantificación y firma)		
PRIVADA		N⁰ orden dispen	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales  Núm. Colegiado:38			
		Fecha prevista Medicina general		Medicina general Calle Mencey Icode	en Daute		
1ÉDIC		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)			
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	pción//		
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)			
쮼		Urgencia	ia , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		,		
		Desabas	stecimiento				
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	nms/GnmlyC1/	f12oqRACNL		De conformidad con lo dispuesto en la normatina vigente en protección de ductos, se le informa de que eus dates serán tratades por el prescripto 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, porabilidad, 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 correc electrónico dpo@cgoom.es.		





	CRUZ DETERM					
	Nº de Receta: 38-3074665					
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA		
λA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marco forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).	у	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:					
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general		
ASIST		Nº orden dispen	sación	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
- 1		Fecha prevista		Fecha de la prescripción//		
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
N AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
AACIÓ						
INFORMACIÓN AL PACIENTE	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripar la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos dispensadora para la gestión y control de los medicamentos supersión, limitación portabilidad, opesción, así como el derect presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPE) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.	riptor nacia se le ición, no a O) si	



uidnms/GnmlyC1/f12oqRACNLrU =

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:					
		Unidades	Pauta			
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		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		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  Kc3	TMPr02kDrND	)4Z/tgj4OIHZh	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos esrán tratades por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la farme dispensadora para la ogestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad supressión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. M información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo @cgcom.es.		





	CRUZDETERM					
	Nº de Receta: 38-3074666					
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía			
RIV.	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta			
٧Р		Officiacis	1 adia	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
NCI/				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
- AS		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)		
NTE		/		Fecha de la prescripción//		
<b>ACIE</b>	DIAGNÓSTICO (si procede)	•				
NFORMACIÓN AL PACIENTE	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
MACIÓ						
INFORI	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 prescription médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, reculticación, supresión, limitación, porabilidad, oposición, así como el derecho a		



Kc3TMPr02kDrND4Z/tgj4OIHZhQ=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:					
		Unidades	Pauta			
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		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 //		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	CPH4oqiuZhb	rE/dVgxCQAç	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescription de que sus datos serán tratados por el prescription de que sus deste serán tratados por el prescription de prescription de la conforma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supressión, institación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Me información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la c dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgocm.es.		





	CRUZOETERIU			
	Nº de Receta: 38-3074667			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	
RIV.	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
ΑP		Unidades	Paula	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
NCI/				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
- A		Fecha prevista		cosso orangama ao / Bona (Espana)
NTE		/_		Fecha de la prescripción//
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		
\L P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
N				
CIĆ				
₹W				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de
INFORMACIÓN AL PACIENTE	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			datos, se le informa de que sus datos erán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la famacia dispensadora para la gestión y control de la prescripción médica y por la famacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a



1qRCPH4oqiuZhbrE/dVgxCQAgIA=



	DECETA MÉDICA DADA ACIOTENCIA CANITADIA DDIVADA						
	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	III ARIA PRIVAI	DA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento Posología			e, apellidos, año de nacimiento y NI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:						
		Unidades	Pauta				
٩							
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (da Dra. Sahily Canales B Núm. Colegiado:3838			
		Fecha prevista/		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico					
TAN				Fecha de la prescripci	ión//		
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución FARMACIA  Urgencia		FARMACIA (NIF/CIF, dispensaci	datos de identificación y fecha de ion)		
			stecimiento				
	* 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 valida para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	b/6wewG2bmd	dxX2UdOhNzl	dato para disp supri pres cons infor	conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de so, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor la la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia nensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le ima que puede ejercitar sus derechos de acceso, reclificación resión, limitación, portabilidad, oposición, sal como el derecho a seratrar una reclamación ante la Autoridad de control (APPI) si distribución de la contractiva de la contractiva de la productiva de la contractiva de la contractiva de la presidencia del presidencia de la presidencia de la presidencia del presidencia del presidencia del presidencia de la presidencia del presidencia del presidenci del presidencia del presidencia del presidencia del pres		





	Nº de Receta: 38-3074668				
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	у	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)	
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364	
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
= - A		Fecha prevista			
NTE				Fecha de la prescripción//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)				
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
IACI					
INFORMACIÓN	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, imitación, portabilidad, opsoción, así como el derecho a	



/5VQb/6wewG2bmdxX2UdOhNzMT0=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					'ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			bre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:		T		
		Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ET⊿				Fecha de la prescripción / /	
REC	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus  Urgencia  Desabas		dispensacion)	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	5JKvjwi5XvatQ	h+L9MRM/Ki		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 faradis dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se la informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectifición supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresentar 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 del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	A CRUT DE TENE			
	Nº de Receta: 38-3074669			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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		tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:			
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil
2				Núm. Colegiado:383808364
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
Sis				38639 Granadilla de Abona (España)
٠ \		Fecha prevista		
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción/
CE	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		
PA				
A <sub>L</sub>	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ςį				
Ă				
INFORMACIÓN	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



jQk5JKvjwi5XvatQh+L9MRM/Knw=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA						
	RECETA MEDICA PAR	(A ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVA	ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía				
		Unidades	Pauta				
Ā							
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383			
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico					
TAN				Fecha de la prescrip	oción//		
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha o dispensacion)			
2		Urgencia	ì				
		Desabas	stecimiento	_			
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  rC7db	P11QJJA8gR	GH5DmeRvb	C F	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos sarán trabados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos 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. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.		





	RECETA MÉDICA PAR			ī
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
PRI	Train. Givascs / anadocs.	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
CIA				Dra. Sahily Canales Basil
ASISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Núm. Colegiado:383808364  Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
ASIS		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)
NTE -				Fecha de la prescripción/
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)	<u>!</u>		
AL P,	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ÓN (				
ORMACIÓN				
FOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 elercitar sus derechos de acoseo, redificación

validez del tratamiento.



rC7dbP11QJJA8gRGH5DmeRvbm1w=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA							
ÉDICA 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			, , , ,	e, apellidos, año de nacimiento y NI / NIE / pasaporte)			
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:							
		Unidades	Pauta					
		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (da Dra. Sahily Canales B Núm. Colegiado:3838				
		Fecha prevista //// Firma de Farmacéutico		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
TAM				Fecha de la prescripci	ión <u>/ /</u>			
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, dispensacion	datos de identificación y fecha de on)			
	* 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.  QCXW.	QCXw2Y9UCR+dduG3sAVM3RP			conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de s, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto la gestión y control de la prescripción médica y por la farmación ma que puede el protecto de la consecución de la consecución ma que puede ejercitar sus derechos de acosos, resclificación sentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si sidera que el tratamiento no se agusta a la normativa vigente. Más mación del tratamiento con la directo en enador. Para más información, puede dirigirse a través del correctrónico dpo@cgcom.es.			





	TRUZ DETERM							
	Nº de Receta: 38-3074671							
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVA	ADA			
PΑ	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).	, , ,	Duración del tratamiento P,  Posología		re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	Núm. envases / unidades:							
	<del></del>	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (	datos de identificación y firma)			
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383				
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de				
- A		Fecha prevista			(=====)			
NTE				Fecha de la prescrip	oción/			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
S								
₹M/	T				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de			
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			Ç E Î	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor vara la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia lispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, yuperesión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si posifiera una la tratamienton os es uista a la normativa vinonte. Más			



QCXw2Y9UCR+dduG3sAVM3RPYFas=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



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).	Duración del tratamiento Posología			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		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	
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  VSAL	2vVoytt5VpuX	(ZPtMeRmQz	Pw=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección destos, se la informa de que sua dates certa tratales por el presencipio care la gestión y control de la prescripción médica y per la farmació 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) se considera que el tratalmiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074672	A A CICTE	NCIA CAN	HTADIA DDIVADA
Α(	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).	Duración del Posol	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
A PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
- ASISTENCIA		Nº orden dispens	ación	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
	DIACNÁSTICO (si procedo)	/		Fecha de la prescripción//
ORMACIÓN AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
VFORN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 ejectral sus derechos de acceso, restificación,



vsAL2vVoytt5VpuXZPtMeRmQzPw=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
	Train. Givages / anidades.	Unidades	Pauta			
٩				DDECORUDEOD /	(1.4. 1.1. 10. 17. 17. 18. 1	
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383		
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico				
ΤA				Fecha de la prescripción / /		
	Información al Farmacéutico, en su caso		de la sustitución  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificac dispensacion)			
교		Urgencia	l			
		Desabas	tecimiento			
	* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la techa prevista para la dispensación, o en su defecto 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	bkQC68RUEcf	RWPGAV0Nx		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supressión, limitación, porabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEFD) si considera que el tratamiento no se gustas la la normativa vigenta considera que el tratamiento no se gustas la la normativa vigenta del dispensador. Para más información, puede diriginse a través del correcelectrónico dpo@cgoom.es.	





	A CRUZ DE TENE				
	Nº de Receta: 38-3074673				
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA	
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:			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
PRIV	Num. envases / unidades.	Unidades	Pauta	DDECORIDADO (deten de identificación y firme)	
PACIENTE - ASISTENCIA P	DIAGNÓSTICO (si procede)	Nº orden dispens Fecha prevista	sación	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/	
PAC	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
INFORMACIÓN AL	INSTRUCCIONES AL FACIENTE (SI PIUCEUE)				
INFOR	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 seña hatados 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, nestificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considere que el tratamiento no se ajusta a la normativa viojente. Más	



vRSnokQC68RUEcRWPGAV0Nx8j18=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	У
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso  * La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas	rmacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	ección 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.	T+wpivHRK+p	h7SVU5MFa	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el pre para la gestión y comto de la prescripción médica y por la fi dispensadora para la gestión y control de los medicamentos informa que puede ejerciar sus derechos de acceso, recti supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el der presentar una reclamación ante la Autoridad de control (Af considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigen información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o e	rescriptor farmacia s, Se le tificación erecho a EPD) si nte. Más en la del





	PORUZDENE					
	Nº de Receta: 38-3074674					
	RECETA N	/IÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	/ADA
,	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
'AD⁄	producto sanitario).		Poso	logía		
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:		Unidades	Pauta	DDECODIDAD	(datas da identificación o firms)
⋖					PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
NC					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	
핃			NO sudan disease	:::-	Medicina general	
SIS			Nº orden dispens	sacion	Calle Mencey Icod	len Daute de Abona (España)
- A			Fecha prevista			20 / 120114 ( <b>2</b> 0pa.14)
NTE			/	/	Fecha de la presci	ripción//
AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
LP	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si pro	ocede)				
Ο̈́						
AC						
Z						De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					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 oue el tratamiento no se aiusta a la normativa violente. Más

60SQT+wpivHRK+pH7SVU5MFaJnw=





	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología			
	Traini divasso, anidasso.	Unidades	Pauta			
⋖				DDECCDIPTOR /	(datas da idantificación y finas)	
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383		
		/		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico			(======)	
Τ				Fecha de la prescripción / /		
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fech dispensacion)		
		Desabas	stecimiento			
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  4A5v	EkqobsPoKX	Byai4M9UTH		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sua datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmació dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, porsibilidad, oposición, así como el derecho e presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) se considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la de depensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrônico de 96 Egocom.es.	





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	Nº de Receta: 38-3074675					
	RECETA MÉDICA	A PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	JITARIA PRIV	ADA
4	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).				PACIENTE (Nom	bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	Núm. envases / unidades:		Poso Unidades	logía Pauta		
			Unidades	Paula	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
:NCI/					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	
SISTENCIA			N⁰ orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d	
- A			Fecha prevista		30000 Granadina d	e Aboria (Esparia)
NTE			/		Fecha de la prescri	pción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
MACIC						
INFORMACIÓN	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, redificación, supresión, limitación, portabilidad, oposión, así como el derecho a presentar una redamación ante la Autoridad de control (AEPD) si

4A5vEkqobsPoKXByai4M9UTHea4=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)			
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología					
		Unidades	Pauta					
A								
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38				
		Fecha prevista   M		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
<b>AÉDIC</b>								
TA				Fecha de la prescripción//				
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)			
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	HYyGfUkWVA	VkveHHUecx		De conformidat con lo dispuesto en la normativa vigente en protección detos, se le informa de que sue dates cerán instales por el prescripto rate; la gestión y control de la prescripción médica y por la farmición dispensadora para la gestión y control de la medicamentos dispensadora para la gestión y control de los medicamentos se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, porabilidad, 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 correc electrónico dpo@cgoom.es.			





	THE CRUZ DE TENE							
	Nº de Receta: 38-3074676							
	RECETA MÉDI	CA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración de			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
/AD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía				
PRI	Num. envases / umuaues.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil		
ASISTENCIA PRIVADA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute		
- 1			Fecha prevista		30003 Granadilla C	o Aboria (Espaira)		
N			/		Fecha de la prescr	ipción/		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
IÓN								
MAC								
INFORMACIÓN AL	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 vegente. Más		
		ixMYl	HYyGfUkWVA	VkveHHUecx	nhk=	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.		



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento Posología			e, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
	Traini divasso, anidasso.	Unidades	Pauta		
⋖					
PRIVADA		Nº orden dispen:	sación	Dra. Sahily Canales I Núm. Colegiado:3838	
		/		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ECETA MÉDICA		Firma de Fa	na de Farmacéutico		, 130.114 (25pa.114)
Υ				Fecha de la prescripo	ción / /
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, dispensac	datos de identificación y fecha de cion)
		Desabas	stecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	BBk1zMIZRsS	+Wm9nhNVd	dal pa dis infe su pre cor infe	a conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de totos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor ra la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia spensadora para la gestión y control de los medicamentos. Le forma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación pressión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a seentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si insidera que el tratamiento no se giusta a la normativa vigente sinsidera que el tratamiento no se giusta a la normativa vigente sepensador. Para más información, puede difigarse a través del conece ectrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074677			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
٠ .		Fecha prevista		(
E		/		Fecha de la prescripción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ORMACIÓN				
IFOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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, redificación.

validez del tratamiento.



rmryBBk1zMIZRsS+Wm9nhNVdwzg=





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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:	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Nulli. elivases / ullidades.	Unidades	Pauta		
⋖					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista ///  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA I				Fecha de la prescrip	pción/
RECET	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	-JuZ3hcqbNzz	ZrJgnNiEjq7S		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 medica y por la farendica y por la farendicia y por la farendicia y por la farendicia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificion 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 del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo⊚com.es.





CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS

	CRUT DE TRIFF					
	Nº de Receta: 38-3074678					
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	y	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1		
\ \ \	Núm. envases / unidades:	1				
PRI	<u> </u>	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (dates de identificación ofices)		
₹	İ			PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
9	İ			Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
ASISTENCIA PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
Ä	İ	Fecha prevista				
				Fecha de la prescripción/		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
7	İ					
Ō	İ					
AC	İ					
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento			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		
INF	de información durante el periodo de validez del tratamiento.			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		

Xc + JuZ3hcqbNzZrJgnNiEjq7Stc =



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento Posología			e, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
	Traini divasso, anados.	Unidades	Pauta		
٩				DDEGODIDTOD //	
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364	
		Cal		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ECETA MÉDICA					
Τ				Fecha de la prescripo	ción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
		Desabas	tecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  K7JI	mJC1b45rCqu	2XKLkDID6i7	da pa dis inf su pr co inf	a conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de totos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor ra la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia spensadora para la gestión y control de los medicamentos se lorma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación presión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a seentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si residera que el tratamiento se ajusta a la normata/a vigente formación del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la del sectónico do @cgom es.





	CRUT DE TENTE				
	Nº de Receta: 38-3074679				
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
Δ	producto sanitario).	Poso	logía	1	
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:				
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)	
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil	
2				Núm. Colegiado:383808364	
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
		·		38639 Granadilla de Abona (España)	
- A		Fecha prevista			
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción/	
S	DIAGNÓSTICO (si procede)	•			
PA					
٦	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
ςĮ					
ĂΙ					
INFORMACIÓN	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 seus 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	



k7JmJC1b45rCqu2XKLkDID6i7fc=





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
		Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa		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
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	mdnjy9vQCM7	'Toal3fiPNXul	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y comor de la prescripción medica y por la farmac informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, recificación surpressión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta al a normativa vigente. Minformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la cidepensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgom.es.





	THE CHUTCH THE					
	Nº de Receta: 38-3074680					
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	y	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
ΔD	producto sanitario).	Poso	logía	1		
<u>×</u>	Núm. envases / unidades:					
PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
₹				Dra. Sahily Canales Basil		
<u> </u>				Núm. Colégiado:383808364		
ASISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
Sis				38639 Granadilla de Abona (España)		
-1		Fecha prevista				
PACIENTE		/		Fecha de la prescripción//		
黑	DIAGNÓSTICO (si procede)			!		
٨						
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
: !						
MA(						
INFORMACIÓN	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 prescripto, para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmación de la prescripción médica y por la farmación de la prescripción medica y por la farmación de la prescripción medica y por la farmación de la prescripción medica y porte de la protectión de la control (neclícación su gresen de direcho e presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) se considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más		



zF6mdnjy9vQCM7Toal3fiPNXuR8=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



DECETA MÉDICA DADA ACISTENCIA CANITADIA DDIVADA					
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología		
		Unidades	Pauta		
Ā					
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38	
		Medicina gener		Medicina general Calle Mencey Icode	l oden Daute
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
TA				Fecha de la prescri	pción//
SE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
R.		Urgencia	1	diopolisasion,	
		Desabas	stecimiento		
	* 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.	Tj0TojAh9s8x0	CFxa0BPJEa		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescription para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia displemante para la gestión y control de los medicamentos. Se la displemante de la prescripción médica y por la farmacia displemante para la gestión y control de los medicamentos. Se la displemante de la prescripción de como el derecho a supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una redamación nate 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 prescripto y/o en la del discontrol de la control (AEPD) si considerador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico do policiocom. es.
		, ,		<u> </u>	-





	CRUT DE LEMEN					
	Nº de Receta: 38-3074681					
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1		
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:					
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
≝				Dra. Sahily Canales Basil		
2				Núm. Colegiado:383808364		
빑		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
SIS				38639 Granadilla de Abona (España)		
۲ ۲		Fecha prevista				
AL PACIENTE		/		Fecha de la prescripción/		
븽	DIAGNÓSTICO (si procede)	•				
PA						
4	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
S						
ĂΙ						
INFORMACIÓN	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		



hmJTj0TojAh9s8xCFxa0BPJEaLw=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha d dispensacion)
	* 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.	+kGEdL6UHul	71QraOUIXbI	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejerciar sus derechos de acceso, rectificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. A información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del cor electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074682  RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTENCIA SAI	NITARIA PRIVADA
/ADA	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).		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
ÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:  DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)	Unidades Pauta  Nº orden dispensación  Fecha prevista	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 ///
FORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de		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 dispe

validez del tratamiento.



JVx+kGEdL6UHul71QraOUIXbIwg=



	DECETA MÉDICA DAD	- A OLOTE	1014 044	UTABLA BBIX	4 D 4
	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
		Unidades	Pauta		
4				PDESCRIPTOR	/
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales  Núm. Colegiado:38	
		Fecha prevista	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		en Daute
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
TAN				Fecha de la prescri	pción//
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF dispens	F, datos de identificación y fecha de acion)
~		Urgencia			
		Desabas	stecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  OF:3it	oUSGxoLa8G			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto 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, imitación, porabilidad, oposición, así como el derecho se presentar una reclamación artie la Autoridad de control (AEPD) se información del tatamiente: En la dirección del preserpitor y/o. El ade dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correctectrolico do Geocom se.
				- 3	





	CRUT DE TEME						
	Nº de Receta: 38-3074683						
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA			
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	y	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1			
Υ	Núm. envases / unidades:						
<b>PRI</b>		Unidades	Pauta	PDF00DIPT0D (14 14 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15			
₹	İ			PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
9	İ			Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
ASISTENCIA PRIVADA		N⁰ orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
¥	İ	Fecha prevista					
				Fecha de la prescripción/			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
7	İ						
Ď	İ						
AC	İ						
<u>R</u>				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de			
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			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 presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si			



0F3jbUSGxoLa8GQIUm+6Tdzl+Ug=



,				
RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	) y
	Poso	ología		
	Unidades	Pauta		
			DDESCRIPTOR (dates de identificación y firma)	
		sación	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364	
			Calle Mencey Icoden Daute	
	Firma de Fa	armacéutico		
			Fecha de la prescripción//	_
Información al Farmacéutico, en su caso	Urgencia	a	FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	de
* 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.	Kd6jr8l0p9Hzo	u0douo3QtT2	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protec datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el pre para la gestión y control de la prescripción redica y por la fedispensadora para la gestión y control de los medicamentos, superiado, limitado, portabilidad, operación, así cono el considera una reclamación ante la Autorida de control (AE considera que el tratamiento no se ajusto a la normativa por información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o er dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del electrónico dpo@cgcom.es.	escriptor farmacia s, Se le ificación, recho a EPD) si nte. Más en la del
	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:  Información al Farmacéutico, en su caso  * 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.	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:  Unidades  Nº orden dispen Fecha prevista // Firma de Fa  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sus Urgencia la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación en caceta es válida para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación  Fecha prevista  //  Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  * La validez de esta receta expira a los 10 dias naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación en la framacia. Esta receta podrá ser dispensación en la framacia. Esta receta podrá ser dispensación en la framacia. Esta receta podrá ser dispensación en la framacia. Esta receta podrá ser dispensación en la framacia.	torma farmacéutica, via de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).  Núm. envases / unidades:  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364  Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución Urgencia  Desabastecimiento  La valida: de esta receta expira a los 10 dias naturales de tale fecha prevista por la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista por la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista por la dispensación precedir en superior a processor de la fecha prevista por la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista por la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción La medicación precedir en superior a la fermada prevista por la dispensación en la farmacia. Esta meceta podrá precedir en superior dispensación en la farmacia. Esta meceta podrá precedir en superior en descripción de fermado en la farmacia. Esta meceta podrá precedir en superior en descripción en descripción en la farmacia. Esta meceta podrá precedir en superior en protection metera de precedir en la farmacia de la territorio miscoloni. La medicación precedir en su defecto de acceso, en de fermado de la territorio miscoloni. en defecto de la fermado en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la farmacia de internitorio en de fermado en la





	CRUZ DE TRIEF					
	Nº de Receta: 38-3074684					
	RECETA MÉ	DICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRI\	/ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicament forma farmacéutica, vía de administración, dosi unidades por envase. (Datos correspondientes	s por unidad y	Duración del tratamiento PACIE			nbre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).		Poso	logía	1	
Ν	Núm. envases / unidades:					
PRIVADA			Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
Ϋ́					Dra. Sahily Canale	, ,
N					Núm. Colégiado:3	
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoo	len Daute
ASI						de Abona (España)
-1			Fecha prevista			
PACIENTE			/		Fecha de la presc	ripción//
H	DIAGNÓSTICO (si procede)				<u>I</u>	
PAC						
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede	e)				
Z						
SIÓ						
JAK						
INFORMACIÓN	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 furmacia la funda de la prescripción médica y por la furmacia informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación, surpesión, limitación, portabilidad, coosición, así como el derecho a
=	valiuez dei tratamiento.					supresion, limitacion, portabilidad, oposicion, 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



aZXd6jr8l0p9Hzou0douo3QtT2o=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	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).	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensi	armacéutico	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de Fecha de la prescrip	an Daute e Abona (España)  pción / /  , datos de identificación y fecha de
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.		stecimiento		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, limitador, porabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) se presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) se intormación del tratamiento. En la dirección del prescriptor y en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dos @cocom.es.
	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.	AK045QLrecD	TEFPt+shGqr		para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Si informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectifica supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derect presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y do en la dispensador. Para más información, puede dirigines a través del co-





	CRUT OF THE						
	Nº de Receta: 38-3074685						
	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVADA			
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de contractor de cont	у	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	о у		
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	7			
V.	Núm. envases / unidades:			_			
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
- A8		Fecha prevista		30000 Granadilla de Aboria (Espana)			
AL PACIENTE		/		Fecha de la prescripción//			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
L P,	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
∠ Z							
SÓ							
MA(							
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			De conformidad con lo dispuesto en la normatilea vigente en prote datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el en para la gestión y control de la prescripción médica y por la dispensadora para la gestión y control de los medicamento informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, ned supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el de presentar una reclamación ante la Autoridad de control (A	orescriptor farmacia os, Se le ctificación, derecho a AEPD) si		



gVkAK045QLrecDTEFPt+shGqrF0=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más nformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del lispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo slectrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	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).	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					
IÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  /  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales  Núm. Colegiado:38:  Medicina general  Calle Mencey Icode  38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA N				Fecha de la prescri	pción/
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fect dispensacion)	
	* 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.	cigedKa3tdlkZ	i4jTVmCa9Rx		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 medica y por la famelior y por la famelior al dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificados supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TERM			
	Nº de Receta: 38-3074686			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
Ϋ́	producto sanitario).	Poso	logía	1
PRIVADA	Núm. envases / unidades:			
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
٠ ×		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)
NTE		/		Fecha de la prescripción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
Z				
CÍĆ				
ΜA				
NFORMACIÓN	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 datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescri para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, St informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derech



UAcigedKa3tdIkZi4jTVmCa9Rxw=





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVAD <i>A</i>	4
	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).	Duración del tratamiento Posología			pellidos, año de nacimiento y / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa	/	Dra. Sahily Canales Basi Núm. Colegiado:3838083 Medicina general Calle Mencey Icoden Dat 38639 Granadilla de Abo Fecha de la prescripción	ute ona (España)   tos de identificación y fecha de
SES	* 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.	Urgencia	etecimiento	dispensacion)  De conformations, sei dators, sei dara la ge dispensad informa q supresión, presentar considera información información de la información de	





	CRUZ DE TENE					
	Nº de Receta: 38-3074687					
	RECETA MÉ	EDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIN	/ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamer forma farmacéutica, vía de administración, do unidades por envase. (Datos correspondient	sis por unidad y				nbre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).		Poso	logía	1	
Σ	Núm. envases / unidades:					
PRIVADA			Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
					Dra. Sahily Canale	` , ,
2					Núm. Colegiado:3	
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod	
AS			Fecha prevista		38639 Granadilia (	de Abona (España)
Ь.						
F					Fecha de la presci	ripción/
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)		•		•	
PA(						
ALI	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si proce	de)				
ž						
읝						
¥						
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de					De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripir para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmac dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede elerciar sus derechos de acceso, rectificació
$\leq$	validez del tratamiento.					supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratacionen o se alista a la pormativa vigente. M



Xfbkz6qN4sP+NZeCKGZ3/0vA1Ws=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	nº de DNI / NIF /			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
		Unidades	Pauta		
ΑC				PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)
DICA PRIVADA		Nº orden dispensification   Fecha prevista		Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	s Basil 3808364 en Daute
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescrip	pción/_/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y f dispensacion)	
	* 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 valida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	TYttcY0/qtxbsbtyCZ7r/Bu+qNs=			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 nedica y por la francia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le supersola presenta de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la consecución de la 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 correc electrónico dpo@cgoom.es.





	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
- ASISTENCIA		Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista	Pauta	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 / /
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
ORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de

de información durante el periodo de validez del tratamiento.



TYttcY0/qtxbsbtyCZ7r/Bu+qNs=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología				
		Unidades	Pauta				
4DA		Nº ordon dispon	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
ICA PRIVADA		Fecha prevista N N C C 3		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
RECETA MÉDICA		Firma de Fa	armaceutico	Fecha de la prescripción//			
RECET	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha o dispensacion)			
	* 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.	8992VLUN+rG	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de aceso, redificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el deroch presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede difigirse a través del co electrónico dpo@cgcom.es.				





	CRUZ DETERM						
	Nº de Receta: 38-3074689						
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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		tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
7	producto sanitario).	Poso	logía				
PRIVADA	Núm. envases / unidades:						
	<u> </u>	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
- A8	ļ	Fecha prevista		Cocco Granadina de Abena (España)			
NTE				Fecha de la prescripción/			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ORMACIÓN							
ΔĀ				<u> </u>			
INFOR	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 la informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a			



+PQ8992VLUN+rGY7T6g7k5rl5BE=



RECETA MEDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ología			
		Unidades	Pauta			
⋖						
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364	e identificación y firma)	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico				
TAN				Fecha de la prescripción	/	
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, datos dispensacion)	de identificación y fecha de	
2		Urgencia				
		Desabas	stecimiento			
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  *KVYE*	DczrK8vuWTy/	sROKGpfN51	datos, se le info para la gestión dispensadora pa informa que supresión, limita presentar una r considera que el información de	con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de ma de que sus datos serán tratados por el prescripto y control de la prescripción médica y por la farmacia ra la gestión y control de los medicamentos, Se le ede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación ción, portabilidad, oposición, así como el derecho a reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) se tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más ratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de ra más información, puede dirigirse a través del correc legocom.es.	





	Nº de Receta: 38-3074690  RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENC	IA SAN	NITARIA PRIVADA
/ADA	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:			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
- PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			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 //
FORMACIÓN AL	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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

validez del tratamiento.



kvYDczrK8vuWTy/sROKGpfN51aU=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
RECETA MÉDICA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
		Unidades	Pauta		
		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		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	
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	YVitMv65x9R2	Z9ZOu/9nFqV	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcio de la contra del contra del cont	





	TA CRUT DE LEMEN							
	Nº de Receta: 38-3074691							
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	,	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
ΡĀ	producto sanitario).	Poso	logía	1				
× ≥	Núm. envases / unidades:							
PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil				
2				Núm. Colegiado:383808364				
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute				
				38639 Granadilla de Abona (España)				
۲-		Fecha prevista						
PACIENTE				Fecha de la prescripción//				
則	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AC								
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
읝								
¥								
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripi para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmac dispensadora para la egestión y control de los medicamentos. Se				
볼	de información durante el periodo de validez del tratamiento.			ulsperisadora para la gestión y cultiro de uso inecidamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificado supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD)				



eV5YVitMv65x9RZ9ZOu/9nFqVxc =



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
RECETA MÉDICA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
		Unidades	Pauta			
		Nº orden dispen: Fecha prevista / Firma de Fa		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		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	LMqCJeT4llp\	/B+PqJGH4jt	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescrip para la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificacia supressión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Minformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la c dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgocn.es.		





	CRUZOETER						
	Nº de Receta: 38-3074692						
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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		I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	]			
۱۷/	Núm. envases / unidades:			_			
A PF		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
VC!				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
- A		Fecha prevista					
NTE				Fecha de la prescripción//			
NFORMACIÓN AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
\L P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
N /							
CIĆ							
₹MA				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección o			
INFOF	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripio para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmac dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificado supressión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho			



ufroLMqCJeT4IIpVB+PqJGH4jbM=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa	/armacéutico	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 //
RECI	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha d dispensacion)  De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  Iycv	/ry7GzVT/h++	iKPgV2OISH2	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescri para la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejeciriar sus derechos de acceso, rectificac supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech- presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. A información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la





	CRUTTE LEME					
	Nº de Receta: 38-3074693					
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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		tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:					
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil		
۶.				Núm. Colegiado:383808364		
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
ASI				38639 Granadilla de Abona (España)		
1		Fecha prevista				
PACIENTE				Fecha de la prescripción//		
쁭	DIAGNÓSTICO (si procede)					
PA						
AL	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
CĆ						
MA						
INFORMACIÓN	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, redificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si		



IycVry7GzVT/h++jKPgV2OISH2U=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología			
		Unidades	Pauta			
\DA		NIO and an diaman		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
CA PRIVADA		Fecha prevista Nún Mec Call		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
RECETA MÉDICA		Firma de Fa	armaceutico	Fecha de la prescripción//		
RECET	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	ozPCg2XOoG4	4uwLnixH41Z	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se la informa de que sus datos serán tratados por el prescrip para la gestión y control de la prescripción médica y por la farma informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación unidada y por el derecho que el prescripción, para como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Minformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correlectrónico dpo@cgocm.es.		





	CRUZ OF TREE							
	Nº de Receta: 38-3074694							
	RECETA MÉD	ICA PARA	A ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: forma farmacéutica, vía de administración, dosis junidades por envase. (Datos correspondientes	oor unidad y				bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
ΔDΑ	producto sanitario).		Posol	ogía				
PRIVADA	Núm. envases / unidades:		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil		
VTE - ASISTENCIA			Nº orden dispensación			len Daute		
			Fecha prevista		Fecha de la prescripción/			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
٩٢	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	nQ2bzl	PCg2XOoG4	uwLnixH41Zi	fq4=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, es la informa de que sus datos cerán tratedos por el prescriptor datos, es la informa de que sus datos cerán tratedos por el prescriptor trate 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 one nía del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dopo-degocom.es.		



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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:	Duración del tratamiento  Posología  Unidades Pauta		PACIENTE (Nom	bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		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 / /	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso  * 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	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CI dispens	F, datos de identificación y fecha de sacion)  De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigante en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto 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, rectificar linforma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificar
	única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	PFI8zsDIDfs6+	gXeErbEb7o\$	<b>                                    </b>	supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AFPD) a considera que el tratalmiento no se ajusta a la normaliva vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUT DE TENTE			
	Nº de Receta: 38-3074695			
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	Duración del	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1
≥	Núm. envases / unidades:			
SISTENCIA PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
₹				PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil
2				Núm. Colegiado:383808364
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
SIS		l craon alopona		38639 Granadilla de Abona (España)
۲ ۲		Fecha prevista		
AL PACIENTE			/	Fecha de la prescripción//
쁭	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		•
PA(				
7	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
읝				
¥				
INFORMACIÓN	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, redificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si



PZPFI8zsDIDfs6+gXeErbEb7oSA=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVA	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología		
		Unidades	Pauta		
A				PRESCRIPTOR (	datos de identificación y firma)
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383	Basil
		/ Calle Mence		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
MÉD					, , , , ,
Τ				Fecha de la prescrip	oción/
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	I 	sk61S44bZBF	C FC	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 con la ejestión y control de la prescripción médica y por la farmaca sispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le fotoma que puede ejecitar sus derechos de acceso, redificación upresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho acresentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se giusta a la normativa vigente. Mas fotomos del tratamiento la el patente de la diferción del prescriptor y/o en la del sispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo @cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074696  RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA
VADA	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:	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
ITE - ASISTENCIA PRIVADA		Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista	Pauta sación	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 //
ORMACIÓN AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
FOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la agestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se la formación de la prescripción de la p

validez del tratamiento.



M0lktEl+F4ijAabsk61S44bZBHk=



	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de	I tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología		
		Unidades	Pauta		
ΑC				PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38	s Basil
		Firma de Farmacéutico		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
MÉD				occoo Granadina a	o Albonia (Lopana)
ETA I				Fecha de la prescri	'
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fe dispensacion)	
		Desabas	stecimiento		
	* 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.	YHOYIC86wV	VAGNfrY0cTji		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescription para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresón, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajustas 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 correc electrónico dopo degocom.es.
	<u> </u>		<u>-</u>		<u> </u>





	A CRUZ DE TENTE			
	Nº de Receta: 38-3074697			
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	,	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Posc	logía	1
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:			
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil
2				Núm. Colegiado:383808364
STE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
Sis		·		38639 Granadilla de Abona (España)
٠ \		Fecha prevista		
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción/
CE	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		
PA				
A <sub>L</sub>	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ςį				
Ă				
NFORMACIÓN	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



fiiU2YHOYiC86wWAGNfrY0cTjRU=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
		Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		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 //
RECE-	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	ZfcYz6U2O/U7	7aSLwDl7mJ)	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto des pensadoras para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, nectificad supressión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Minformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ OF TREE					
	Nº de Receta: 38-3074698					
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	]		
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
۲ -		Fecha prevista				
PACIENTE		/		Fecha de la prescripción/		
CIE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
ORMACIÓN AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
INFOR	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, recificación, 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		



vMKZfcYz6U2O/U7aSLwDl7mJX0k=

consurre que et tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Má-información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PA PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o maro	AKA ASISTE	INCIA SAI	WIAKIA PRIV	ADA
PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCLo marc				
orma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso o	y	Duración del tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)
oroducto sanitario).	Pose	ología		
Núm. envases / unidades:		Ι		
	Unidades	Pauta		
	·	nsación	Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	
	/	/		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
	Firma de Fa	Firma de Farmacéutico		
			Fecha de la prescr	ipción/
nformación al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la su	Motivo de la sustitución		F, datos de identificación y fecha de sacion)
	Urgencia	a		······ ,
	Desaba	stecimiento		
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la cha de prescripción. La medicación prescrita no superará s 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser spensada en cualquier oficina de farmacia del territorio acional.	3gIF4BOHvw42L	QfCDwF300	OrQ=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tarlados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmasidaspensadora para la gestión y control de los medicamentos se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, portalidiad, 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. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo⊚cgcom.es.
r finds	a validez de esta receta expira a los 10 días naturales de fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la ha de prescripción. La medicación prescrita no superará 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una ca dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser pensada en cualquier oficina de farmacia del territorio icional.	Nº orden disper  Fecha prevista  /  Firma de F:  Urigencia  a validez de esta receta expira a los 10 días naturales de lecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la ha de prescripción. La medicación prescrita no superará a maca dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser pensada en cualquier oficina de farmacia del territorio icional.	Núm. envases / unidades:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación  Fecha prevista  //  Firma de Farmacéutico  Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  a validez de esta receta expira a los 10 días naturales de fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la ha de prescripción. La medicación prescrita no superará a maca dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser pensada en cualquier oficina de farmacia del territorio ional.	Nº orden dispensación Fecha prevista    Inidades   Pauta





	" CRUZ DE TEX					
	Nº de Receta: 38-3074699					
	RECETA MÉI	DICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía		
	Num. envases / unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d	
- A			Fecha prevista		30039 Granaulia u	e Abulia (Espaila)
ENTE			/		Fecha de la prescri	pción/
AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
MAC						
INFORMACIÓN	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 come el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se aiusta a la normativa violente. Más

698gIF4BOHvw42LQfCDwF30OOrQ=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología		
		Unidades	Pauta		
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales	
		Fecha prevista //// Firma de Farmacéutico		Núm. Colegiado:383808364  Medicina general  Calle Mencey Icoden Daute  38639 Granadilla de Abona (España)	
RECETA MÉDICA		i iiiia de i a	imaceulico	Fecha de la prescripción/_/	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	r, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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.  SrpC	06T+5puGAg6	vWePTxQ+S4		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 correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TENTE				
	Nº de Receta: 38-3074700				
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
VADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)	
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364	
SISTENCIA PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
- A		Fecha prevista		30039 Granaulila de Aboria (Espana)	
:NTE		/		Fecha de la prescripción//	
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)				
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
ΙÓΝ					
MAC					
INFORMACIÓN AL PACIENTE	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 prescripto para la agestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejerciar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a corporator una reclamación, aste la vulderidad de control (AEDD) is	



SrpD6T+5puGAg6vWePTxQ+S4lfo=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
۸D۸		NO orden dienen	anaián 🗔	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
PRIVADA		Fecha prevista	V° orden dispensación ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		
		Calle Mencey Icoden Daute			
ÉDIC				38639 Granadilla de Abona (España)	
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	ipción/_/
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	titución	FARMACIA (NIF/CI	F, datos de identificación y fecha de sacion)
~		Urgencia	1	·	,
		Desabas	stecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	ouGa6CPfgS//wztGcnOJh2xKil			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratedos por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmación pera 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) se considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo⊚egcom.es.





	CRUT DE TENE					
	Nº de Receta: 38-3074701					
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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		tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1		
≥	Núm. envases / unidades:					
SISTENCIA PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
₹				Dra. Sahily Canales Basil		
S				Núm. Colegiado:383808364		
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
SIS				38639 Granadilla de Abona (España)		
٠ ۲		Fecha prevista				
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción//		
	DIAGNÓSTICO (si procede)					
PA						
A <sub>L</sub>	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
Ċί						
Α̈́						
INFORMACIÓN	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		



ouGa6CPfgS//wztGcnOJh2xKiP4=



DECETA MÉDICA DADA ACIOTENCIA CANUTADIA DENVADA						
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
		Unidades	Pauta			
⋖						
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38		
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
RECETA MÉDICA						
TAI				Fecha de la prescri	pción//	
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF dispense	F, datos de identificación y fecha de acion)	
וצ 			stecimiento			
	* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de			<u> </u> 	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de dates se la informa de que sus dates serán tratades por el prescripto	
	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.	bL1A4FFPU92	pmx6sxhGuri		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 farenda dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se lei informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redifición supresión, limitación, portabilidad, oposición, als como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, als como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho suche 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 lo dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dopó@com.es.	
			•			





	CRUZDETER						
	Nº de Receta: 38-3074702						
	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA			
4	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso o producto sanitario).	y de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Posc	logía				
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
۲ ۲		Fecha prevista		Cocco Grandalia de Abona (España)			
NTE				Fecha de la prescripción//			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
\L P,	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ŲNÇ							
ACIO							
)RM	El paciente conservará este documento			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			
INFORMACIÓN AL	de información durante el periodo de validez del tratamiento.			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, redificación, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratemiento no se alistra la prometiva vivente Más			



3cgbL1A4FFPU92pmx6sxhGuriCk=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA
	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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa	/armacéutico	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 //  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fech	
RE	* 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	Urgencia Desabastecimiento		dispens	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 formedicanes y control de los medicamentos formedicanes de la control de la co
	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.  S7fe	09mIS5tBHJR	chFOzGhysn	kQ=	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 disinformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	THE CHUTCH THE							
	Nº de Receta: 38-3074703							
	RECETA MÉDICA	A PARA ASISTE	ENCIA SAN	NITARIA PRIVADA				
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o forma farmacéutica, vía de administración, dosis por ur unidades por envase. (Datos correspondientes en ca	nidad y	el tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
DA	producto sanitario).	Pos	ología	1				
PRIVADA	Núm. envases / unidades:		_					
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
ASISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTE		Nº orden dispe	nsación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
- A8		Fecha prevista		Cooco Granadina de Aboria (España)				
PACIENTE .				Fecha de la prescripción//				
YCIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P/	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
Š								
M								
INFORMACIÓN	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				



S7fe09mIS5tBHJRchFOzGhysnkQ=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



DECETA MÉDICA DADA ACIOTENCIA CANITADIA DDIVADA						
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).	Poso	logía			
	Núm. envases / unidades:					
		Unidades	Pauta			
7						
Δ/ Δ/		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
PRIVADA		·		Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
		Fecha prevista Medi Calle		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
RECETA MÉDICA						
ΜÉΓ						
ΤĀΙ				Fecha de la prescri	ipción/	
CE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CII	F, datos de identificación y fecha de	
R		Urgencia	ı	uisperis	sacion)	
		Desabastecimiento				
	* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección 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.	mtKIWRXNnU	lfIFG9jLT9Jvr	d0=	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcion para la gestión y control de la prescripción médica y por la fariadida dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se la informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, asi como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no sea quista a la normativa vigente. Más información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dopo@cgocm.es.	
	l l				Į.	





	RUZDETEN						
	Nº de Receta: 38-3074704	NA A CIOTE	NOIA OAA	UTADIA DDI\//	NDA		
	RECETA MÉDICA PAR	(A ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVA	ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del	tratamiento		re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1			
PRIVADA	Núm. envases / unidades:						
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (	datos de identificación y firma)		
NCIA				Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383	Basil		
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoder	n Daute		
- A		Fecha prevista		38639 Granadilla de	Abona (Espana)		
N		/	/	Fecha de la prescrip	ción/		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
Z							
SIÓ							
MA(							
NFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			d p d ir	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de latos, se le informa de que sus datos serán tratados por el proscion rara la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia laspensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le níorma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, purpesión, limitación, portabilitad, oposición, así como el derecho a		



rWQmtKIWRXNnUfIFG9jLT9Jvnd0 =





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVA	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología		
	Train. Givages/ anidades.	Unidades	Pauta		
				DDECODIDED /	(1-11-1)
		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364	
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ECETA MÉDICA		Firma de Fa	ırmacéutico	eutico \ ' /	
Τ				Fecha de la prescrip	oción/
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fec dispensacion)	
Ω.		Urgencia			
		Desabas	tecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	BT/B99Wb8Ou	i7ehK3dlglgR	6 6 8 8 8 6	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tartados por el preserpito para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicanentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación supresión, imitaticon, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) si información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y oen la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cgcom.es.





	CHUT DE TREET						
	Nº de Receta: 38-3074705						
	RECETA MÉDICA P	ARA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVADA			
AC	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o ma forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso producto sanitario).	d y		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nº de DNI / NIE / pasapor			
PRIVAI	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificació	n y firma)		
ASISTENCIA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista	sación	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
PACIENTE -		/	1	Fecha de la prescripción//			
₽ CE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
INFORMACIÓN AL PACI	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
INFORM	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	j7jl8T/B99Wb8Ou	7ehK3dlglgR	De conformidad con lo dispuesto en la non datos, se le informa de que sus datos se para la gestión y control de la prescripor dispensadora para la gestión y control informa que puede ejectriar sus deres supresión, limitación, portabilidad, oposi presentar una reclamación ante la Au considera que el tratamiento ne se ajust información del tratamiento. En la direcció dispensador. Para más información, puedelectrónico dpo@cgocno.	erán tratados por el prescriptor ción médica y por la farmacia de los medicamentos, Se le chos de acceso, rectificación, ción, así como el derecho a toridad de control (AEPD) si ta a la normativa vigente. Más ón del prescriptor y/o en la del		





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	-	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso  * La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	ección de
	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.	G0y+lQaZzu95	53Hr5e6OQhI	para la gestión y control de la prescripción médica y por la fidepensadora para la gestión y control de los medicamentos, informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, resti supressión, limitación, portabilidad, opeción, así como el der presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AE considera que el tratalmiento no se ejeta a la normativa vigen información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y de la control de control (AE considera que el tratamiento. En la dirección del prescriptor y de control de cont	s, Se le tificación erecho a EPD) si nte. Más en la del





	CRUZ DE TERM						
	Nº de Receta: 38-3074706						
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de	tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1			
PRIVADA	Núm. envases / unidades:						
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)		
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales	s Basil		
ISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icode	n Daute		
- A		Fecha prevista		38639 Granadilla de	e Abona (Espana)		
NTE				Fecha de la prescrip	oción/		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
∇ Z							
SIÓ							
MAC							
NFORMACIÓN	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 gestifio y control de la prescripción redicica y por la famela 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		



CLWG0y+lQaZzu953Hr5e6OQhR7U=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			apellidos, año de nacimiento y / NIE / pasaporte)		
producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía				
	Unidades	Pauta				
			PDF00DIDT0D (4-4-	- d- id(f)		
	·	sación	Dra. Sahily Canales Bas			
	Fecha prevista M		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
	Firma de Farmacéutico					
			Fecha de la prescripción			
Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, dat dispensacion)	tos de identificación y fecha de )		
* 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.	AFfVoHofkxrlc	eKISYbJ/2hp	datos, se para la g dispensac informa supresión presenta considera informaci	vimidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor gestión y control de la prescripción médica y por la tarmacia dora para la gestión y control de los medicamentos. Se le que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación n, limitación, portabilidad, oposición, así como el decelo de la control de la control de la control a que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más ión del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dor. Para más información, puede dirigirse a través del correc co dpo@cgcom.es.		
	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:  Información al Farmacéutico, en su caso  * 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades  Nº orden dispen  Fecha prevista  /  Firma de Fa  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas  * 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta para del territorio nacional.	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:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación  Fecha prevista  ///  Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución  Urgencia  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 prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación, o en su defector de la fecha prevista para la dispensación, o en su defector de la fecha de prescripción. La medicación prescria no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades Pauta  Presología  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR (dato Dra. Sahily Canales Bas Núm. Colegiado: 383808 Medicina general Calle Mencey Icoden Da 38639 Granadilla de Abi Fecha prevista Calle Mencey Icoden Da 38639 Granadilla de Abi Fecha de la presorpoión Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  PACIENTE (Nombre, a nº de DNI nº		



validez del tratamiento.



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ogía	
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
ASISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTE		Nº orden dispens	ación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
1		Fecha prevista		, , ,
N.		/_		Fecha de la prescripción / /
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
ORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
FOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 acoseo, redificación.

/RAFfVoHofkxrlceKISYbJ/2hp0=





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	у	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
		Unidades	Pauta			
\DA		NO and an diaman	:	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
CA PRIVADA		Nº orden dispens	sacion	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
√ MÉDI		Firma de Fa	armacéutico	Fecha de la prescripción / /		
T.				' '	_	
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	de	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	a8BfbsrBBO8i	kMGi1eAm/Js	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecto datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el pres para la gestión y control de la prescripción médica y por la dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectific supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el dere presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEF considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en dispensador. Patar niás información, puede dirigirse a través del electrónico dpo@egoom.es.	scriptor armacia Se le licación, echo a EPD) si te. Más n la del	





	Nº de Receta: 38-3074708	- 4 0 O T T	NO.4 0 4 1	WTA DIA DDI (A DA
	RECETA MÉDICA PAR	A ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del tratamiento p		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
ΔD	producto sanitario).	Poso	logía	
PRIVADA	Núm. envases / unidades:		_	
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
\ <u>C</u>				Dra. Sahily Canales Basil
ASISTENCIA		NIO and an aliana	!	Núm. Colegiado:383808364 Medicina general
SIS		Nº orden dispens	sacion	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
1		Fecha prevista		
NTE				Fecha de la prescripción/
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
ORMACIÓN AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ORM	El paciente conservará este documento			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

de información durante el periodo de validez del tratamiento.



UEPa8BfbsrBBO8kMGi1eAm/JsZY=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	rmacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)
	*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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	92nStTVzJoQ	eaxcyPCvAHc	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecciór datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescri para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, St informa que puede ejercitar sus derechos de acesos, rectificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del co electrónico dpo@cgcom.es.





	CHUT OF THE					
	Nº de Receta: 38-3074709					
	RECETA MÉDICA P.	ARA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA	
4	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o mai forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidade unidades por envase. (Datos correspondientes en caso producto sanitario).	d y de			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Poso	-			
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
CI/				Dra. Sahily Canales		
- ASISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
NTE					Fecha de la prescripción//	
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)	<b>-</b>				
INFORMACIÓN AL PACIENTE	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
INFORM	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	o7R92nStTVzJoQ	axcyPCvAHc	Ks=	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 ejerciar 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 one na del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico opo-degocem.es.	



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
		Unidades	Pauta			
٩					(1)	
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383		
		Fecha prevista Me		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
∕ÉDI(		Firma de Farmacéutico				
TA N				Fecha de la prescrip	oción//	
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	r, datos de identificación y fecha de acion)	
		Desabas	stecimiento			
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  dy/kE	DTOL7QzsKNv	wpbSZnYNol.	G F i i S G	Do conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, as la informa de que sus datos serán tratados por el prescripto del caso de la conformación de la prescripción de la deficiencia de la prescripción de la deficiencia de la prescripción de la deficiencia de la prescripción de la deficiencia de la deficiencia de la deficiencia de la deficiencia que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supressión, 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 no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.	





	CRUZ DE TENER						
	Nº de Receta: 38-3074710						
	RECETA MÉDIC	A PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
/AD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
PRIV	Num. envases / unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA PRIVADA			N⁰ orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute	
- 1			Fecha prevista		30039 Granadilla C	ie Abolia (Espaila)	
NTE					Fecha de la prescr	ipción//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
iÓN							
MAC							
INFORMACIÓN AL	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 lo informa de que sous 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. Mas	
		dy/k[	TOL7QzsKNv	vpbSZnYNolJ	bU=	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.	





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					'ADA
	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:	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Train. Grivasco y aniadados.	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canale  Núm. Colegiado:38  Medicina general	
		Firma de Farmacéutico		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  Fecha de la prescripción ///	
RECE.	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  FARMACIA (NIF/CIF, datos de dispensacion)		F, datos de identificación y fecha de sacion)	
	* 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.	c5TLir++wiuEF	PLLMnW0tPR	d0=	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 faria dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectifición 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 del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TENE							
	Nº de Receta: 38-3074711							
	RECETA MÉDIO	CA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA		
,	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
/AD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía				
PRIVADA	Nulli. envases / unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil		
ASISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute		
- 1			Fecha prevista		30039 Granadilla C	ie Abolia (Espaila)		
NTE					Fecha de la prescr	ipción//		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
iÓN								
MAC								
INFORMACIÓN AL	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 sous 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		
		d9yo	5TLir++wiuEF	LLMnW0tPR	d0=	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.		



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensive de la sus Urgencia	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	de
	* 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.	th8oz9oXtrdlG	6wVpAA/Qad	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripar la gestión y control de la prescripción médica y por la familia para la gestión y control de la prescripción médica y por la familia de la prescripción médica y por la familia de la prescripción medica y por la familia de la prescripción de la prescripción de la control de la supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el deroch presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del coelectrónico dpo@cgcom.es.	riptor macia Se le ación tho a D) s Más la de





	CRUZ DE LEMEN					
	Nº de Receta: 38-3074712					
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	, l	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
ΔI	producto sanitario).	Posc	logía	1		
Σ	Núm. envases / unidades:					
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
SISTENCIA PRIVADA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
ISTE		N⁰ orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
۲		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)		
				Fecha de la prescripción/		
AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
LP	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
Ξĺ						
MAC						
INFORMACIÓN	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		



EO8h8oz9oXtrdlG6wVpAA/Qadds=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:				
		Unidades	Pauta		
ℴ					
AD,		Nº orden dispens	sación		(datos de identificación y firma)
PRIVADA		Fecha prevista	Dra. Sahily Canalo Núm. Colegiado:3		
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico			
MĒ				Facha da la massa	
ETA	Información el Formacióntico en en esca			Fecha de la prescr	
EC	Información al Farmacéutico, en su caso		Motivo de la sustitución FARMACIA (NIF/CIF, datos de identifica dispensacion)		
æ		Urgencia			
		Desabas	tecimiento		
	* 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.	WWsi/G/ASWbhjQEz3ewgAj7tSf4=			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 fariados para la questión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus direchos de acceso, rectificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a considera que el tratamiento no se giusta a la normaliza vigente. Más información del tratamiento no se giusta a la normaliza vigente. Más información del tratamiento no se giusta a la normaliza vigente. Más información del tratamiento for la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUT DE TENET			
	Nº de Receta: 38-3074713			
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA
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:	a, 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//
Ş	DIAGNÓSTICO (si procede)			
INFORMACIÓN AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
INFOR	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

WWsi/G/ASWbhjQEz3ewgAj7tSf4=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensification of the second prevista formal de Fa	/armacéutico	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 //  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y feci	
RE	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	Urgencia  Desabastecimiento		dispens	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 medica y por la famela dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acosos, rectificado, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresentar 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 one na del
	Z2C0	OofLLADkdcr7	wefqUqesWp	CU=	dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correo electrónico dpo@cgcom.es.





RECETA N	//EDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	/ADA
PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
,		Poso	ogía		
Núm. envases / unidades:		Unidades	Pauta		
		0		PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
				Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	
		Nº orden dispens	ación	Medicina general Calle Mencey Icod	
		Fecha prevista			, ,
		/		Fecha de la presci	ripción/
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, supressón, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho acceso, recenticación considera que el tratamiento no se alusta a la normativa vicente. Más considera que el tratamiento no se alusta a la normativa vicente. Más
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicar forma farmacéutica, vía de administración, unidades por envase. (Datos correspondis producto sanitario).  Núm. envases / unidades:  DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	RECETA MÉDICA PAR  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:  DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	RECETA MÉDICA PARA ASISTEI  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:  Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista  /  DIAGNÓSTICO (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SAN  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:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación Fecha prevista  // /  DIAGNÓSTICO (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIV  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:  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canala, Núm. Colegiado: 3 Medicina general Calle Mencey Icoc 38639 Granadilla of Fecha prevista  Fecha prevista  Fecha de la prescriptor  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)

Z2C0ofLLADkdcr7wefqUqesWpCU=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología			apellidos, año de nacimiento y / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso  * 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	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	Dra. Sahily Canales Bas Núm. Colegiado:383808 Medicina general Calle Mencey Icoden Da 38639 Granadilla de Abo Fecha de la prescripción FARMACIA (NIF/CIF, da dispensacion)	aute ona (España)  atos de identificación y fecha de )  pomidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de e le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcion medica y por la farmadora para la gestión y control de la prescripción medica y por la farmadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación
	unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	<b>                                   </b>	kzs/K/NqNko4	presentar considera informaci	n, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a ru una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) s a que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Má sión del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de ador. Para más información, puede dirigirse a través del correc co dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074715  RECETA MÉDICA PAR	A A SISTE	NICIA SAN	JITADIA DDIVADA	
ADA	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).	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	
TE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista	Pauta sación	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//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)				
ORMACIÓN AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de	
FOF	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			datos, se le informa de uce us datos serán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacial dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación	

validez del tratamiento.



Q46y7+GjncZ6Okzs/K/NqNko4tl=





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVA	ADA
	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).	Duración del tratamiento  Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	F050	liogia		
		Unidades	Pauta		
_					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista//  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 n Daute
TAN				Fecha de la prescrip	oción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	r, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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.	sEpc25088wqj	hFm72b8Yrw		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 redica y por la famela dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restificarion supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento c ha dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074716			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	
21V	Núm. envases / unidades:			
, PF	<del></del> -	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
CIA				Dra. Sahily Canales Basil
ASISTENCIA			$\Box$	Núm. Colegiado:383808364 Medicina general
SIS		Nº orden dispens	sación	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
- A		Fecha prevista		
ORMACIÓN AL PACIENTE				Fecha de la prescripción//
SEI	DIAGNÓSTICO (si procede)			
PA(	THOTPHOGONES AL PAGIENTE ( ;			
AL	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ÓN				
ACI				
RM			 	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
VFO	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			datos, se e incoma de que ésus datos seian intaldos 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 direchos de acceso, redificación.



tvPsEpc25088wqjhFm72b8Yrwgl=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología			pellidos, año de nacimiento y / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensive de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecidispensacion)	
	* 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.  gd62	ZW15XVxrDFp	Tp42dlVsp35	datos, se le para la ges dispensado informa qu supresión, presentar considera q información.	nidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de le Informa de que sus datos serán tratados por el prescripto sistón y control de la prescripción médica y por la farmacia- pra para la gestión y control de los medicamentos. Se le ue puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más no del tratamiento. En la dirección del prescriptor y on el a de or. Para más información, puede dirigirse a través del correc dpo@cgoom.es.





	CRUZDETERM			
	Nº de Receta: 38-3074717			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	
RIV.	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
٧Р		Officiacis	1 adia	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
NCI				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
- AS		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)
NTE		/		Fecha de la prescripción//
CIE	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		
NFORMACIÓN AL PACIENTE	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
MAC				
INFOR	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 agestión 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



gd6ZW15XVxrDFpTp42dIVsp35bE=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa	/	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 //
RECI	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha d dispensacion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  CFr4/	qCTKaLbD8Q	JOXygV4kGE	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la faram dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificac supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. In información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la control de la contr





	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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).			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Poso Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (data de identificación form)
SISTENCIA				PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general
- ASIST		Nº orden dispens	sación	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción//
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
ORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
-OR	El paciente conservará este documento			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le

validez del tratamiento.



cFr4/qCTKaLbD8QJOXygV4kGBYk=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología			
		Unidades	Pauta			
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general		
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  Fecha de la prescripción//		
RECET	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha d dispensacion)		
	* 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.	erNVmg8fctE9	TCB3esjfirYD	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecciór datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el presor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, St informa que puede ejercitar sus derechos de acosso, rectificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del co electrónico dpo@cgcom.es.		





	CRUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074719						
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA						'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del	Duración del tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
PRIV	Num. chvases/ unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icode		
- A			Fecha prevista		38639 Granadilla d	e Abona (Espana)	
NTE					Fecha de la prescr	ipción/	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si proc	cede)					
MAC							
INFORMACIÓN	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, sal como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa viejente. Más	
		tZe	rNVmg8fctE97	ΓCB3esjfirYDo	0=	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.	



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)
RE	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  9aVW	Urgencia  Desabastecimiento  WxOwBEIsx5Ruye8uXjaWYI		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripción para la gestión y control de la prescripción médica y por la farma informa que puede ejerciorlar sus derechos de acceso, rectificació supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. M información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y de na la





	CRUZOETEN					
	Nº de Receta: 38-3074720	O.O.T.E.	11014 044	UTADIA DDIVADA		
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración de	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)		
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:			_		
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
- A		Fecha prevista		30039 Gianauna de Abona (Espana)		
ME			/	Fecha de la prescripción //		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
Z						
SIÓ						
MAC						
NFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el presco para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. S informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restifica supresión, limitación, porabilidad, oposición, así como el derect		



9aVWxOwBEIsx5Ruye8uXjaWYE78=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensification  Fecha prevista  / Firma de Fa  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  Od60	Qv5CwexQEsi	MrL9rmlabGb	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en prote datos, se le informa de que sus datos sarán tratados por el pri para la gestión y control de la prescripción médica y por la dispensadora para la gestión y control de los medicamentos informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rest supressión, imitación, portabilidad, oposión, así como el de presentar una reclamación ante la Autoridad de control A información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o dispensador. Para más información, puede dirigirse a través de electrónico dpo@cgcom.es.	rescriptor farmacia is, Se le stificación erecho a AEPD) si inte. Más en la del





	CRUT DE FERTE			
	Nº de Receta: 38-3074721			
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	y	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Posc	logía	1
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:			
PRI		Unidades	Pauta	DDECORIDADO (deten de identificación o firmo)
≤				PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
2				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
빝		Nº orden dispen	sación 🗔	Medicina general
SIS		N orderi disperi	Sacion	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
¥ -		Fecha prevista		
AL PACIENTE			/	Fecha de la prescripción//
	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AC	DIAGNOSTICO (di procedo)			
LP	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
į				
AC				
Σ				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de
NFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo 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.
<b>=</b>	validez del tratamiento.			supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si



Od6Qv5CwexQEsiMrL9rmlabGbAY=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración de	I tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología			
		Unidades	Pauta			
A						
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383		
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
/ÉDI		Firma de Farmacéutico				
TA I				Fecha de la prescrip	oción/	
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispense	r, datos de identificación y fecha de acion)	
	* 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/ghOClm8+mX5J			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. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgoom.es.	





	CRUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074722						
	RECETA MÉDICA	4 PAR	A ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA	
_	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración de	Duración del tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)	
∕AD♭	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
PRIV	Num. chvases / umaaces.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA PRIVADA			N⁰ orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute	
- 1			Fecha prevista		30039 Granaulia C	ie Abolia (Espalia)	
NTE					Fecha de la prescr	ipción//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
iÓN							
MAC							
INFORMACIÓN AL	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 sou 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	
		+90L	me05J8T/ghO	Clm8+mX5JC	CpY=	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.	



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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:				ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
*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 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	Fecha prevista  / Firma de Fa  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas	armacéutico stitución a stecimiento	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de Fecha de la prescri FARMACIA (NIF/CIF dispens	en Daute e Abona (España)  pción // F, datos de identificación y fecha de	
	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:  Información al Farmacéutico, en su caso  * 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 prevista para la dispensación 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.	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:  Unidades  Nº orden dispen Fecha prevista/ Firma de Fa  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sus Urgencia Desabas  * 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 valida para una dinica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensado en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación  Fecha prevista  //  Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución  Urgencia  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.	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:  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d  Fecha prevista  Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  PACIENTE (Nomino de la preción 10 nº de la sustitución dispensadien de precipión. La medicación presorta no superará la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación presorta no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es vidia para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser de la ferensa de farmacia de la terrotero de farmacia de la terrotero de farmacia de la terrote o dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser de de la ferensa de farmacia de la terrotero de la farmacia de la terrote o de la farmacia. Esta receta podrá ser de farmacia de la terrotero de la farmacia de la farmacia de la terrotero de la f	





	CRUZ DE TREE							
	№ de Receta: 38-3074723  RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA							
	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía					
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
- A		Fecha prevista		30039 Granadilla de Aboria (España)				
NTE				Fecha de la prescripción//				
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P.	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
ÓN,								
MACI								
NFORMACIÓN	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 agestión 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, imitación, portabilidad, oposición, asi como el derecho a				



znP+QuRU3FWabfuMF2xPntYuFyA=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
DA			$\Box$	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
PRIVADA			orden dispensación Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38		
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
EDIC		Firma de Farmacéutico			
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescr	ipción / /
CET,	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	stitución	FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fec	
RE		Urgencia	ı	dispens	sacion)
		Desabas	tecimiento		
	* 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.  MOW	MoWPTigPT088bOBuxbAHZL99			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcion para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se 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 En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dopo@cgom.es.
					I .





	Nº de Receta: 38-3074724  RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA		
ADA	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).			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
ITE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista	Pauta sación	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 //		
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
<b>NFORMACIÓN AL PACIENTE</b>	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
NFOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validaz del tratamiento			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de uje sus datos serán tratados por el prescriptoro 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, redificación, sucresión, limitación, porbalidad, coposión, así como el derecho a		



MoWPTigPT088bOBuxbAHZL99bIA=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTENCIA SAN		IITĀRIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Unidades	Faula		
Ą					// · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
/AD		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales	(datos de identificación y firma)
PRIVADA		Fecha prevista		Núm. Colégiado:38	
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
M \				Focha do la proscri	nción / /
ET/	Información al Farmacó stica an accordant			Fecha de la prescripción / /	
ECI	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución FARMACIA		FARMACIA (NIF/CIF dispens	F, datos de identificación y fecha de acion)
8		Urgencia	l		
		Desabas	tecimiento		
	* 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 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	+YAVUs04p8c	i74XljIF/1xE4		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de dutos, se le informa de que sua dates cerán tratades por el prescipio para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmiscia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, porabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) se 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 correc electrónico dpo@gocom.es.
	•				





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUTTE LEME						
	Nº de Receta: 38-3074725						
	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVADA			
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso o	ý	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1			
Σ	Núm. envases / unidades:						
PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil			
N.				Núm. Colégiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
ASI				38639 Granadilla de Abona (España)			
- 1		Fecha prevista					
E		/		Fecha de la prescripción//			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
N AL							
į							
IAC							
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 gestifo y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestifo y control de los medicamentos, Se le			
Ż	validez del tratamiento.			informa que puede ejércitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si			

I+/+YAVUs04p8d74XIjIF/1xE4Y=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología				
		Unidades	Pauta				
DA				PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
JICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  / / Firma de Farmacéutico		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
TA MÉ				Fecha de la prescri	pción//		
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispens	F, datos de identificación y fecha de acion)		
	* 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 valida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	V4V9S5cJkTN8c0vcUN0zt9yPj			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 nedica y por la farenta dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se la expensión para la gestión y control de los medicamentos. Se la supresión, limitación, porsibidinad, oposibidin, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) a 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 correc electrónico dpo@cgoom.es.		





	CNUZ DE LEBE							
	Nº de Receta: 38-3074726							
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	<i>,</i>	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	logía					
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
NCI₽				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTENCIA		N⁰ orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute				
- A		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)				
PACIENTE		/		Fecha de la prescripción//				
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
ΙÓΝ								
MAC								
NFORMACIÓN	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 erán 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, imitiación, portabilidad, oposición, así como el derecho a				



V4V9S5cJkTN8c0vcUN0zt9yPj0w=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA
	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:	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Nulli. envases / unidades.	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso  * La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la techa 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	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d Fecha de la prescri	en Daute le Abona (España)  ipción // F, datos de identificación y fecha de
	nacional. 64ul	Bt1kPPvhZgO	FfgjPxSJZJtC	)U=	información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CHIT OF THE							
	Nº de Receta: 38-3074727							
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA								
- ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o ma forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unida unidades por envase. (Datos correspondientes en caso producto sanitario).	nd y		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de naci nº de DNI / NIE / pasaporte)	imiento y			
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y fir	rma)			
				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general	ma,			
		Nº orden dispens	sación	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
PACIENTE				Fecha de la prescripción//				
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
INFORMACIÓN AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
INFOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	64uBt1kPPvhZgO	FfgjPxSJZJtC	De conformidad con lo dispuesto en la normativa viguidatos, se le informa de que sus datos serán tratad para la gestión y control de la prescripción médic dispensadora para la gestión y control de los reinforma que puede ejectiar sus derechos de a supresión, limitación, portabilidad, oposición, así presentar una reclamación ante la Autoridad de considera que el tratamiento no se ajusta a la nor información del tratamiento. En la dirección del predispensador. Para más información, puede dirigios electrónico dpo @cgocnes.	dos por el prescriptor ca y por la farmacia nedicamentos, Se le acceso, rectificación, como el derecho a e control (AEPD) si rmativa vigente. Más scriptor y/o en la del			



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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
	Información al Farmacéutico, en su caso  * La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)
	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.	DAUAOvW/zM	3GSZsSos45	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el presor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, St informa que puede ejercitar sus derechos de acesos, rectificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del co electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZOETEN						
	Nº de Receta: 38-3074728						
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración de	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía				
N/S	Núm. envases / unidades:						
\ PF		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
VCI/				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
- A		Fecha prevista		, . <i>,</i>			
NTE				Fecha de la prescripción//			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
\L P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
N N							
CIĆ							
₹WΑ				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de			
INFORMACIÓN AL PACIENTE	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			De contominaa con di dispuesto en la nomativa vigente en protección para la gestión y control de la prescripción médica y por la tarmacia 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 supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a			



sQyfOAUAOvW/zM3GSZsSos458dU=



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:	Duración del tratamiento Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
		Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  A6ti	6nj2LGf3lFYfC	Qa1QywFqEA		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que usu adios serán tartados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmación dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, nedificación supresión, limitador, porabilidad, oposición, saí como el derecho a supresión, lemitación, porabilidad, oposición, saí como el derecho a considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cgcom.es.





	CHIT OF THE							
	Nº de Receta: 38-3074729							
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA						'ADA		
ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DO forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidades por envase. (Datos correspondientes en producto sanitario).	unidad y	ción del l	ratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	Núm. envases / unidades:	Unid	ades	Pauta				
					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38			
		Nº orde Fecha p	n dispensa	ación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
PACIENTE -					Fecha de la prescripción//			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
INFORMACIÓN AL PAC	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
INFORM	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.	A6t6nj2LG	f3IFYfQa	a1QywFqEAt	Y=	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 prescripcion médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, reculficación, 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 dyoregocmas.		



DECETA MÉDICA DADA ACIOTENCIA CANUTADIA DDIVADA							
RECETA MEDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología				
		Unidades	Pauta				
A							
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38			
		Fecha prevista//		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
/ÉDI		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)			
TAI				Fecha de la prescri	ipción//		
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fec dispensacion)			
		Desabas	stecimiento				
	* 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 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  21jeB	30hhvXowM1V	yVoNpgQEd <sup>2</sup>	4ag=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigonte en protección de datos, se la informa de que sus datos serán tratados por el prescripto datos, se la informa de que sus datos serán tratados por el prescripto 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 correc electrónico dpo@cgcom.es.		





	CRUZ DE TENTO							
	Nº de Receta: 38-3074730							
	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	ADA			
λA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso o producto sanitario).	y de	Duración del tratamiento P.  Posología		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta					
		Unidades	Paula	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)			
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38				
SISTI		N⁰ orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d				
۲ ۲		Fecha prevista						
:NTE				Fecha de la prescri	pción/			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
ĺΟΝ								
MAC								
INFORMACIÓN AL PACIENTE	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 la informa de que sos datos cerán tratados por el precipior 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 acosos, 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			



2IjeB0hhvXowM1VyVoNpgQEd4ag=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA		ADA	
	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).	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
_					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista / Firma de Fa		PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general Calle Mencey Icodel 38639 Granadilla de	3808364 n Daute
TAI				Fecha de la prescrip	oción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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.	iQVxqHQ2fJl	4uzqpmVVx9s	G F i i S G	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescription para la gestión y control de la prescripción nedica y por la famelia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restificarion supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cg.com.es.





	CHU DE LINE							
	Nº de Receta: 38-3074731							
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
SISTENCIA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía					
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
۲ -		Fecha prevista		Cooos Granadina de Aboria (España)				
NE				Fecha de la prescripción//				
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
ÓN (								
AACI								
INFORMACIÓN	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 agestión y control de la prescription 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				



wUGiQVxqHQ2fJl4uzqpmVVx9sys=



	RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENCIA SANITAF		NITARIA PRIV	ADA
	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).	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
_					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA				Fecha de la prescri	pción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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.  miento de manación de farmacia del territorio macional.	DPk721AQ15f	U2UeOqG7a	SBE=	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 medica y por la famelia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redifición supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUT DE LEMEN			
	Nº de Receta: 38-3074732			
	RECETA MÉDICA PAI	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	,	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Posc	logía	1
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:			
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil
Ĭ.				Núm. Colegiado:383808364
STE		N⁰ orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
ASI				38639 Granadilla de Abona (España)
- 1		Fecha prevista		
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción / /
믱	DIAGNÓSTICO (si procede)			
٦Ą(				
٦ ا ا	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
SÓ				
Α¥				
NFORMACIÓN	El paciente conservará este documento			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
볼	de información durante el periodo de validez del tratamiento.			uispensaoora para la gestion y contro de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, recetificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si



mleNDPk721AQ15fU2UeOqG7aSBE=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía				
	Unidades	Pauta				
	Nº orden dispen: Fecha prevista/	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general	s Basil 3808364		
	Firma de Fa	armacéutico	38639 Granadilla de Fecha de la prescri	e Abona (España)		
Información al Farmacéutico, en su caso	Urgencia	ì	FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)		
* 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.	1tKLwsdeckNo	oC461nafsqk		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcio negra la gestión y control de la prescripción nefidica y por la familiar para la gestión y control de la prescripción nefidica y por la familiar para la gestión de la prescripción nefidica y por la familiar para la prescripción prescripción prescripción prescripción y considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgoom.es.		
	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:  Información al Farmacéutico, en su caso  * 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades  Nº orden dispen  Fecha prevista  /  Firma de Fa  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas  * 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 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 vácida para una única dispensación en la farmacia. Esta vácida para una única dispensación en la farmacia. Esta vácida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación.	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:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación Fecha prevista // Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución Urgencia 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 prevista para la dispensación, o en su udelcot de la fecha prevista para la dispensación. O en su defecto de la fecha prevista para la dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia del territorio nacional.	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:  Unidades Pauta  Presología  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de Fecha prevista Firma de Farmacéutico  Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución Urgencia 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 prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación o en su defecto de la fecha prevista para la dispensación en la farmacia. Esta receta expirá para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser una unica dispensación en calquier oficia de terminorio.		





	Nº de Receta: 38-3074733  RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTENCI	A SAN	NITARIA 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	Duración del trata	niento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posología		
N PR		Unidades F	'auta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
SISTENCIA		Nº orden dispensación		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
AL PACIENTE - A		Fecha prevista		Fecha de la prescripción//
ACI	DIAGNÓSTICO (si procede)			
VFORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
<b>VFOR</b>	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validaz, del tratamiento.			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos esfán tratados por el prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora parta la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejerciar sus derechos de acceso, restificación, susessión limitación, porshididad possión, sal comos, el disercho a



yT41tKLwsdeckNoC461nafsqk1g=



	RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA			ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).	Poso	logía			
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta			
		Officades	1 auta			
Ą				PRESCRIPTOR (	(datas da identificación y firma)	
VAL		Nº orden dispen	sación	Dra. Sahily Canales	(datos de identificación y firma) s Basil	
PRIVADA		Fecha prevista		Núm. Colegiado:38 Medicina general		
CA		/		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ÉDI		Firma de Farmacéutico				
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri <sub>l</sub>	pción//	
CE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF	, datos de identificación y fecha de	
R.		Urgencia	l	аюрено	40001,	
		Desabas	stecimiento			
	* 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.  6pmHi	6pmHN66WW92fwY8OAaVQIFM			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 medica y por la famela dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificad supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresiona que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamientor. En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.	





	CRUT OF TENE					
	Nº de Receta: 38-3074734					
	RECETA MÉDICA	PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA	
NTE - 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:		Duración del Poso Unidades		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)  PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)	у
		Nº orden dispens Fecha prevista	ación	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  Fecha de la prescripción // /	_	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
INFORMACIÓN AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
INFOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la fam dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, S informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectifica supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derect presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.	riptor nacia Se le ación, ho a D) si

6pmHN66WW92fwY8OAaVQIFM26FA=

información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cgcom.es.



14 de 1600da de 007 1700						
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).		l tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Posc	ología			
		Unidades	Pauta			
ΡΑ			., $\Box$	PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)	
ICA PRIVADA		Nº orden dispen Fecha prevista / Firma de Fa		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  Fecha de la prescripción //		
RECETA MÉDICA		Filma de Fa	armaceutico			
RECET/	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	r, datos de identificación y fecha de acion)	
	* 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.	KR0dygLH6gL	7xaZtaaTefk		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 redica y por la famelia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restificarion supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento c ha dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.	





	CRUZ DE TENT						
	Nº de Receta: 38-3074735						
	RECETA MÉI	DICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	/ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración de	Duración del tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y e DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
			Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCI/					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d		
- A			Fecha prevista		Joods Granadilla C	no ribolia (Espaila)	
ENTE			/		Fecha de la prescr	ripción//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ORMACIÓN							
INFORI	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigante en protección de datos, se le informa de que sus datos cerán tradetos 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	
		Lcl	KR0dygLH6gL	7xaZtaaTefkJ	10=	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.	



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	-	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso  *La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de	Nº orden dispen: Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	rmacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	ón 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.	Mfy32FSllrtc7l	MMbShpHElc	datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el presci- para la gestión y control de la prescripción médica y por la farm dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Si informa que puede ejercitar sus derechos de acoseo, rectificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la	criptor macia Se le ación cho a D) si Más la del





	Nº de Receta: 38-3074736			
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA 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		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	ología	
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
٠ ×		Fecha prevista		
Z Z				Fecha de la prescripción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)	_		
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ÓN,				
1ACI				
INFORMACIÓN	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 prescriptión médica y por la tarmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercial ava derechos de acceso, restificación, supresión, limitación, portabilidad, opsolón, sal como el derecho a



tV4Mfy32FSllrtc7MMbShpHElcw=

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.



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	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).	Duración del tratamiento Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Officaces	Faula		
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 In Daute e Abona (España)
RECET/	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		Fecha de la prescrip FARMACIA (NIF/CIF dispensa	, datos de identificación y fecha de
	* 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.  3d7E	3ZOk8sk+qgM	e+/CkepSfcw		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 de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescription de designar la gestión y control de la prescripción medica y por la farendis dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificados, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más dispensador. Para más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	THE CRUZ DE TREET						
	№ de Receta: 38-3074737  RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA						
				NITARIA 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	Duración de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	logía				
PRI	Traini sinasse, anados.	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
- A		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)			
NTE		/		Fecha de la prescripción / /			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P,	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
IÓN							
MAC							
NFORMACIÓN	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 o datos, se le informa de usus datos serán tratados por le prescriptio para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmaci dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificació supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho			



3d7BZOk8sk+qgMe+/CkepSfcwC8=





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
		Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		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 //
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	SP/d1MIvzksR	7A08L3EA66	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos során tratados por el prescripcio datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripcio de la conforma de que sus datos serán tratados por el prescripcio de la conforma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad supresión, initaticado, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. In información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074738  RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENCI	A SAN	NITARIA PRIVADA
FE - 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).			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades P  Nº orden dispensación  Fecha prevista	auta	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 / /
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
JFORMACIÓN AL	El paciente conservará este documento			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

validez del tratamiento.



2/CSP/d1MIvzksR7A08L3EA667k=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA
	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).	Duración del tratamiento			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	logia		
		Unidades	Pauta		
⋖					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ETA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	stitución	Fecha de la prescri	F, datos de identificación y fecha de
REC	,	Urgencia		dispensacion)	
		Desabas	stecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.				De conformidad con lo dispuesto en la normatina vigante en protección datos, se la niforma de que sus datos serán intrates por el preseriorio 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 e presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AFPD) se considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE HILL					
	Nº de Receta: 38-3074739	,				
	RECETA M	EDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIN	/ADA
_	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicam forma farmacéutica, vía de administración, d unidades por envase. (Datos correspondier	osis por unidad y	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
PA	producto sanitario).		Poso	logía	1	
<u>×</u>	Núm. envases / unidades:					
PRIVADA			Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
					Dra. Sahily Canale	, ,
Σ.					Núm. Colégiado:3	
SISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod	len Daute
ASI						de Abona (España)
1			Fecha prevista			
PACIENTE			/	/	Fecha de la presci	ripción/
	DIAGNÓSTICO (si procede)				<u>I</u>	
AC						
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si prod	ede)				
z						
ίÓ						
A A						
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de					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,
<b>=</b>	validez del tratamiento.					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 pormativa vicente Más



r6yCGyLbo285tYNpLeNKuf7NXqY=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacim nº de DNI / NIE / pasaporte)	iento y
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:				
		Unidades	Pauta		
Ϋ́				PRESCRIPTOR (datos de identificación y firm	a)
/AE		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Basil	a)
PRIVADA		Fecha prevista Núm. Colegiado: Medicina general		Núm. Colegiado:383808364	
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
Š		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
ΨĘ		Fillia de Fa	imaceulico		
<b>∠</b>				Fecha de la prescripción / /	
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y f	acho do
EC	illomacion ai i amaceutico, en su caso	Motivo de la sustitución		dispensacion)	ecna ue
22		Urgencia	ì		
		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.  Xt11	(RjdR2ydUwvl	«Gyf0POyBs3	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente datos, se le informa de que sus datos serán tratados para la gestión y control de la prescripción médica y dispensadora para la gestión y control de los medica y dispensadora para la gestión y control de los medica y dispensadora para la gestión y control de los medica informa que puede ejercitar sus derechos de acce supresión, limitación, portabilidad, oposición, así com presentar una reclamación ante la Autoridad de considera que el tratamiento no se ajusta a la normatinformación del tratamiento. En la dirección del prescription del tratamiento. En la dirección del prescription del tratamiento. En la dirección del prescription del prescription del prescription del prescription del prescription del del del del del del del del del del	por el prescriptor por la farmacia camentos, Se le iso, rectificación no el derecho a introl (AEPD) si iva vigente. Más otor y/o en la del





	Nº de Receta: 38-3074740				
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVAI	DA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
SISTENCIA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	logía		
, PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (da	atos de identificación y firma)
√CI				Dra. Sahily Canales B Núm. Colegiado:3838	
SISTEI		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden 38639 Granadilla de A	Daute
۲ -		Fecha prevista		30003 Granadina de A	noona (Espana)
NTE				Fecha de la prescripci	ón/_/
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)				
ΑΓ	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
NFORMACIÓN				Ine c	conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de
NFOF	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			dato para dispo infor	s, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia ensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le ma que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, seión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a



Xt1XRjdR2ydUwvkGyf0POyBs3ug=



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensive fecha prevista  / Firma de Fa  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas	armacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	de
	* 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.  7RoF	P7qyoqHILQ/s	zFdQW16xA\	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protectidatos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prepara la gestión y control de la prescripción médica y por la 1 dispensadora para la gestión y control de los medicamentos informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, recti supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el der presentar una reclamación ante la Autoridad de control 4C considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigen información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o e dispensador. Para más información, puede dirigirse a través de electrónico dpo@cgcom.es.	escriptor farmacia s, Se le tificación erecho a EPD) s nte. Más en la de





	CRUZOETERIU					
	Nº de Receta: 38-3074741					
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración de	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía			
NIV.	Núm. envases / unidades:					
, PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
STE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
$\forall$		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)		
VTE -		/	/	Fecha de la prescripción/		
CIE	DIAGNÓSTICO (si procede)	l				
N AL PA	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
<b>IACIÓ</b>						
INFORMACIÓN AL PACIENTE	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		



7RoP7qyoqHILQ/szFdQW16xAvFo=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVA	ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de	I tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología			
		Unidades	Pauta			
Α				PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)	
PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista	sación	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general	Basil 3808364	
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
TA				Fecha de la prescrip	oción/_/	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y f dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	3Cr3hDberce	/pV2xGW19h		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto 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 no se ajusta a la normativa vigente. Más información del 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 correc electrónico dpo@com.es.	





	Nº de Receta: 38-3074742	A 4 0 10 TE	NO.4 0 4 1	WTA DIA DDI (A DA
	RECETA MÉDICA PAR			NTARIA PRIVADA
4	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de acades escripción)	Duración del	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
IVAD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
, PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
ASISTENCIA PRIVADA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
- 1		Fecha prevista		(
N		/		Fecha de la prescripción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ORMACIÓN				
FOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 eierciar sus derechos de acceso. rectificación.

validez del tratamiento.



1Y6/3Cr3hDberceYpV2xGW19hww=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
		Unidades	Pauta			
Ā						
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38		
		Medicina general Calle Mencey Icod		en Daute		
/ÉDI(				38639 Granadilla de Abona (España)		
TA N				Fecha de la prescripción//		
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)	
	* 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.	/BvitXkuH/7PE	BC0PSMIE3E		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, redificación sopresión, 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. Mas información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo®cycom.es.	





	CRUT OF THE							
	Nº de Receta: 38-3074743							
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIVADA				
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marce forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	у	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	у			
PRIVADA	producto sanitario).	Poso	logía	7				
<u></u>	Núm. envases / unidades:			1				
P	<del></del>	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
- A8		Fecha prevista		Cooco Granadina de Aboria (España)				
NTE		/	/	Fecha de la prescripción//	_			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
L P,	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
Σ								
Cĺ								
ΔĀ								
INFORMACIÓN AL PACIENTE	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en proteccio datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prese para la gestión y control de la prescripción médica y por la fra dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectific supresión, limitación, portabilidad, oposición, sal como el dere presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEF	criptor macia Se le cación, cho a PD) si			



26H/BvitXkuH/7PBC0PSMIE3E38=

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.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento PAC			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
ADA		Nº orden dispens	sación		(datos de identificación y firma)
PRIVADA		Fecha prevista	Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
		Calle Mend		Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d	
۱ÉDI		Firma de Fa	rmacéutico	30039 Granadilla d	le Abolia (Espalia)
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	ipción/
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CII dispens	F, datos de identificación y fecha de sacion)
R		Urgencia			
		Desabas	tecimiento		De conformidad con la discussita de la normativa viscosta de aratección de
	* 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 unica 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 será la tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmación espenadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considéra que el tratalmiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del dispenador. Para más información, puede dirigines a través del correction del prescriptor y de la del depenador. Para más información, puede dirigines a través del correc
	20/4	vNRJZvNhp3z	ww4g85iRr95	OVVI=	electrónico dpo@cgcom.es.





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUZ DE TENTE							
	Nº de Receta: 38-3074744							
	RECETA MÉDICA PAI	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVA	ADA			
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	<i>;</i>			re, apellidos, año de nac DNI / NIE / pasaporte)	cimiento y		
Δ	producto sanitario).	Poso	logía					
PRIVADA	Núm. envases / unidades:							
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (	datos de identificación y fi	irma)		
ASISTENCIA				Dra. Sahily Canales	•	iiiia)		
ž				Núm. Colegiado:383				
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icode	n Daute			
ASI		Fecha prevista		38639 Granadilla de	Abona (España)			
ı,		recha prevista						
Ē				Fecha de la prescrip	oción//			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			<u>!</u>				
PA(								
٩F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
Ž								
Ö								
Μ								
INFOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			Ç C C	datos, se le informa de que sus datos serán trata para la gestión y control de la prescripción méd dispensadora para la gestión y control de los informa que puede ejercitar sus derechos de supresión, limitación, portabilidad, oposición, asi	ados por el prescriptor dica y por la farmacia medicamentos, Se le acceso, rectificación, í como el derecho a		
INFORMACIÓN	de información durante el periodo de			C F.	para la gestión y control de la prescripción mé dispensadora para la gestión y control de los informa que puede ejercitar sus derechos de	e s		

2d7wNRJZvNhp3zww4g85iRr95WI=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECETA MEDICA PAR	KA ASISTE	INCIA SAI	NITARIA PRIVA	NDA .
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de	Duración del tratamiento PACIENTE		e, apellidos, año de nacimiento y NI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR (d. Dra. Sahily Canales E Núm. Colegiado:3838	
		Fecha prevista //// Firma de Farmacéutico		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
RECETA MÉDICA				38639 Granadilla de <i>i</i>	Abona (España)
TAN				Fecha de la prescripo	ción//
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, dispensac	datos de identificación y fecha de cion)
22		Urgencia	a .		
		Desabas	stecimiento		
	* 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.	Aikv5+mMiKB4	4VdTE5pEh1c	dat par disp info sup pre cor info	conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de toto, se le informa de rue sus datos erain tratodos por el prescripto ra la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia pensadaro para la gestión y control de los medicamentos. Se le poressón, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a seentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si sisidera que el tratamiento no se giusta a la normativa vigente. Más pormación del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la del pensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc- ctrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZDETERN						
	Nº de Receta: 38-3074745						
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVADA			
٨	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso di producto sanitario).	y e			año de nacimiento y asaporte)		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Posc	ología				
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identi	ificación y firma)		
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (Espai	ão)		
۲ ۲		Fecha prevista		30039 Granadilla de Abona (Espai	ia)		
NTE		/		Fecha de la prescripción			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ίÓΝ							
MAC							
INFORMACIÓN AL	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.			datos, se le informa de que para la gestión y control de dispensadora para la gesti informa que puede ejectica supresión, limitación, portat presentar una reclamación	esto en la normativa vigente en protección de sus datos serán tratados por el prescriptor la prescripción médica y por la farmacia no y control de los medicamentos. Se le ar sus derechos de acceso, rectificación, así como el derecho a ante la Autoridad de control (AEPD) si no se aliste a la normativa vinente Mác.		



Xq+Aikv5+mMiKB4VdTE5pEh1qA8=

considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento PA			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
_					
ÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icodo 38639 Granadilla d	33808364 en Daute
TA M				Fecha de la prescr	ipción//
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
	* 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/rRc	poMMrCN43/C	)/SzbO4DdlW	Ng=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la famacia dispensadora para la gestión y control de los medicarentos. Se la supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AFPD) se considera que el tratamiento no se ajusta a la normaliva vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normaliva vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normaliva vigente. Más información del tratamiento no se ajusta a la normaliva vigente. Más información del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo⊚cgcom.es.





	GUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074746						
	RECETA MÉDIO	CA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración de	tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
/AD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
PRI	Num. envases / unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA PRIVADA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute	
- 1			Fecha prevista		Joods Granaulla C	le Abolia (Espaila)	
N			/ / Fecha de la presc		Fecha de la prescr	ipción/	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
iÓN							
MAC							
INFORMACIÓN AL	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 viegente. Mas	
		8/rRd	ooMMrCN43/C	/SzbO4DdlW	Ng=	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.	



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					ADA		
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración de			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía				
		Unidades	Pauta				
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fech dispensacion)			
CETA I	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	stitución				
RE		Urgencia Desabas	a stecimiento				
	* 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.  5xK0	D6APp1rC0dc	GLK61simJal		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 redica y por la farena dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento en la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgoom.es.		





	" CAUZ DETEN							
	№ de Receta: 38-3074747  RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA							
	RECETA MEDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA				
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	у	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)				
DA	producto sanitario).	Posc	ología					
PRIVADA	Núm. envases / unidades:							
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
- AS		Fecha prevista		30039 Granadilla de Aboria (Espana)				
NTE				Fecha de la prescripción/				
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)							
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)							
CIÓ								
MA								
INFORMACIÓN	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 aiusta a la normativa vienente. Más				

5xKO6APp1rC0dcGLK61simJaktA=





RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITAR				NITARIA PRIV	ADA
	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).				ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					/ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
DICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista /  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA M				Fecha de la prescrip	pción//
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación dispensacion)	
	* 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.  Q5d66	qR3IV3MuH9g	joWY/MeCcC		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 redicia y por la farendicia y por la farendicia y por la farendicia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificamos supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una redamación ante la Autoridad de control (AEPC) so considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-3074748	NA 4 010TE	NO.4 0 4 1	WTA DIA DDIVA DA
	RECETA MÉDICA PAR			NTARIA PRIVADA 
DA	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).	Duración de Poso		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
RIVA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
ΑP		Unidades	Faula	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
ASISTENCIA PRIVADA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SIST		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
1		Fecha prevista	,	
Ξ		/		Fecha de la prescripción//
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AL	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ORMACIÓN				
MAC				
FOR	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de			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 elercitar sus derechos de acosso, redificación.

validez del tratamiento.



Q5d6qR3IV3MuH9goWY/MeCcC0eQ=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispensive de la sus	armacéutico	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 // FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	Desabas	donok30QG	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecciór datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescri para la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispunsadora para la gestión y control de los medicamentos. Se superior de la control de la prescripción médica y por la farma superior de la control de la contr





	Nº de Receta: 38-3074749  RECETA MÉDICA PAR	DA ACIOTE	NICIA SAN	NITADIA DDIVADA
DA	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).	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista	Pauta sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general  Calle Mencey Icoden Daute  38639 Granadilla de Abona (España)
IENTE -	DIAGNÓSTICO (si procede)	/	/	Fecha de la prescripción//
IFORMACIÓN AL PACIENTE	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de la fuel del fuel conservariante.			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, redificación



xSq+CctkrIL0RrXWO0hOK30QGKQ=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	у
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
	Información al Farmacéutico, en su caso  * La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la	Nº orden dispensification   Fecha prevista	rmacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	ón de
	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.	Jykz485vbglN	rFKaFAGED9	dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectifica supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derech presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la	Se le ación cho a D) si Más la del





Nº de Receta: 38-3074750					
RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA 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	Duración del	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
producto sanitario).	Poso	ogía	1		
Núm. envases / unidades:					
	Unidades	Pauta	DDESCRIPTOR (datas de identificación y firms)		
			PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
			Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
	Nº orden dispens	ación 🔲	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
	i v ordon diopone	L	38639 Granadilla de Abona (España)		
	Fecha prevista				
		/	Fecha de la prescripción//		
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 d datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmaci dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se li informa que puede ejerciar sus derectos de acceso, rectificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD):		
	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:  DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	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:  Unidades  Nº orden dispens Fecha prevista /  DIAGNÓSTICO (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de	forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).  Núm. envases / unidades:  Unidades Pauta  Nº orden dispensación Fecha prevista ///  DIAGNÓSTICO (si procede)  El paciente conservará este documento de información durante el periodo de		



49hUykz485vbglNrFKaFAGED9ss=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento			ellidos, año de nacimiento y NIE / pasaporte)		
	Núm. envases / unidades:	Poso	Posología				
		Unidades	Pauta				
\DA		NO 1 1	., .	PRESCRIPTOR (datos d	le identificación y firma)		
DICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  / /  Firma de Farmacéutico		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:38380836 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona	e		
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescripción			
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, datos dispensacion)	de identificación y fecha de		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	PVH+WF2yMi	Kmhq1qlotife	datos, se le in para la gestió dispensadora que supressión, tim presentar una considera que información de información de	d con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de forma de que sus datos serán tratados por el prescriptor n y control de la prescripcion médica y por la farmacia para la gestión y control de los medicamentos. Se le puede ejerciar sus derechos de acceso, rectificación puede ejerciar sus derechos de acceso, rectificación reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) se el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más Il tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del aram assi información, puede dirigirse a través del correc o@cgcom.es.		





	THE CRUZ DE CHIEF						
	Nº de Receta: 38-3074751						
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración de	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	logía				
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
NCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTENCIA		N⁰ orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
- A		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)			
PACIENTE		/		Fecha de la prescripción//			
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ÍÓN							
MAC							
NFORMACIÓN	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 di datos, se le informa de use sus datos serán tratados por el prescripcio para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmaci dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se l informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho			



K9WPVH+WF2yMKmhq1qlotife3JU=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	
	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	rmacéutico	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha d dispensacion)
	* 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.  4rN8	wnNWoFM8si	rjgprzdy6PRA	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejerciar sus derechos de acceso, redificas supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. A información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del cor electrónico dpo@cgcom.es.





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUZ OK TENE					
	Nº de Receta: 38-3074752					
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso o	y	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
В	producto sanitario).	Poso	logía	1		
Ν	Núm. envases / unidades:					
PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
₹				Dra. Sahily Canales Basil		
2				Núm. Colegiado:383808364		
ASISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
SIS				38639 Granadilla de Abona (España)		
ı,		Fecha prevista				
빌		/	/	Fecha de la prescripción / /		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)	<u> </u>				
٦AC						
AL I	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
Z						
SÓ						
MA						
INFORMACIÓN	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 datos, e le informa de que sus datos aerán tratades por el prescripara la gestión y control de la prescripción médica y por la farma dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad supresión, initración, portabilidad, oposición, así como el derecho		
=	valluez dei tratamiento.		<b>                              </b>	presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD)		

4rN8wnNWoFM8srjgprzdy6PRAyw=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento			apellidos, año de nacimiento y I / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
	Train. Givages / anidades.	Unidades	Pauta			
٩						
PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
		Firma de Farmacéutico		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ECETA MÉDICA		Timia do Fe	imacodulos	Fecha de la prescripción//		
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus  Urgencia  Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y dispensacion)		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	ZpRsfEERI17	94GohFqNUg	datos, para la dispens informa supresi present conside informa	informidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto a gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia sadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le a que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, idintiación, portabilidad, oposición, así como el derecho atrar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si era que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más ación del tratamiento, En la dirección del prescriptor y/o en la del sador. Para más información, puede dirigirse a través del corneo mico que degom. es:	





	Nº de Receta: 38-3074753  RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTEI	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA
/ADA	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).	y		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:  DIAGNÓSTICO (si procede)			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//
FORMACIÓN AL PAC	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (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

validez del tratamiento.



iDu5ZpRsfEERI1794GohFqNUgYc=



	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:					
	Traini divasso, anidasso.	Unidades	Pauta			
Ą				DDESCRIPTOR /	(datas de identificación y firma)	
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general		
ECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
TA M				Fecha de la prescrip	oción / /	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	r, datos de identificación y fecha de acion)	
	* 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.	5dKW4Y73RP	W0dFkk7z7lj8		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 redica y por la farenda dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento en la altoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Mas información del tratamiento ce la dirección del prescriptor y/o en la del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cgoom.es.	





	A CRUZ DE TENT				
	Nº de Receta: 38-3074754				
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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		I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
PA	producto sanitario).	Poso	logía	1	
SISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:				
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)	
Ϋ́				Dra. Sahily Canales Basil	
2				Núm. Colegiado:383808364	
		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
				38639 Granadilla de Abona (España)	
٠ \		Fecha prevista			
AL PACIENTE				Fecha de la prescripción/	
믱	DIAGNÓSTICO (si procede)	•			
PA					
4	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
ςĮ					
ĂΙ					
NFORMACIÓN	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	



jLW5dKW4Y73RPW0dFkk7z7lj81s=

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 correc electrónico dpo@cgcom.es.



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTENCIA SAN		NITARIA PRIV	ADA
	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).				ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	llogía		
	Nulli. elivases / ullidades.	Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general  Calle Mencey Icoden Daute  38639 Granadilla de Abona (España)	
ΞTΑ				Fecha de la prescri	•
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento  FARMACIA (NIF/CIF, datos de dispensacion)		F, datos de identificación y fecha de acion)	
	* 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.  MQr	ncZpZf74P26d	KK3wiKCELp	pqil=	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 medica y por la famela dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redifición supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresiona que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	GUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074755						
	RECETA MÉDICA	PARA	ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración del tratamiento PACIE			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Posol	ogía			
PRIV	Num. chvases / unidades.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA		N	orden dispens	ación	Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	en Daute	
- 1		Fe	echa prevista		30039 Granadilla d	ie Aboria (Espaila)	
N				<u>/</u>	Fecha de la prescr	ipción/	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ΊÓΝ							
MAC							
INFORMACIÓN AL	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 sous 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, reclificación, 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 si a normativa vigente. Más	
		MQncZ	ZpZf74P26dł	KK3wiKCELpo	qil=	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.	





	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	A ASISTENCIA SANITARIA I		Α
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	,	I tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).	Poso	logía		
	Núm. envases / unidades:				
		Unidades	Pauta		
_					
/AD/		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR (date Dra. Sahily Canales Bas	os de identificación y firma)
RECETA MÉDICA PRIVADA		Fecha prevista		Núm. Colégiado:383808 Medicina general Calle Mencey Icoden Da	3364 aute
/ÉDI		Firma de Fa	ırmacéutico	38639 Granadilla de Ab	ona (España)
TA I				Fecha de la prescripción	n//
SCE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	Motivo de la sustitución FARMACIA (NIF/CIF, dispensa		atos de identificación y fecha de
R		Urgencia	l		,
		Desabas	stecimiento		
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	kk2G7X4yZ9KI	bwgBj2/nz8gl	datos, s para la dispensa informa supresió presenta consider informa	formidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia adora para la gestión y control de los medicamentos. Se le que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, on, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a ar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si rar que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más ción del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la del ador. Para más información, puede dirigirse a través del correo lico dpo@cgcom.es.





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUZ DE TENTE				
	Nº de Receta: 38-3074756				
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA	
PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marce forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso di producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	ca, Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento 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 //	
PAC	Bindide (in present)				
INFORMACIÓN AL P.	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			<b>T</b>	
INFOR	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	

GOkk2G7X4yZ9KlbwgBj2/nz8gHw=



RECETA MÉDICA PARA A			A ASISTENCIA SAN		ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento Posología			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).				
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Officaces	1 auta		
Ϋ́				PRESCRIPTOR	(data a da identificación y finas)
VAL		Nº orden dispen:	sación	Dra. Sahily Canales	(datos de identificación y firma) s Basil
PRIVADA		Fecha prevista  Múm. Colégiado:3838083  Medicina general Calle Mencey Icoden Date			
				Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ÉDI		Firma de Farmacéutico			
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	pción//
CEI	Información al Farmacéutico, en su caso			F, datos de identificación y fecha de	
RE		Urgencia	1	dispens	acion)
		Desabas	stecimiento		
	* 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.  +Tixt	fO1MOt6L7DX	(QIROqLj1OR	Qs=	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 fareida dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad superseindo, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC) considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento Ten la dirección del prescriptor y/o en de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ OF FEME				
	Nº de Receta: 38-3074757				
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA	
SISTENCIA 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:	ý	logía Pauta	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento 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)	
AL PACIENTE - A§	DIAGNÓSTICO (si procede)	Fecha prevista	/	Fecha de la prescripción / /	
AC	DIAGNOSTICO (Si procede)				
INFORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
INFOR	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, sal 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	



+TIxfO1MOt6L7DXQIROqLj1ORQs=

consurre que et tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Mátinformación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correcelectrónico dpo@cgcom.es.



	,				
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	Duración del tratamiento			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	ología		
		Unidades	Pauta		
4DA		No orden dianon	aggién 🗔	PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen Fecha prevista Firma de Fa		Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA M				Fecha de la prescri	pción//
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)
	* 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 dispensación en la farmacia del territorio nacional.	bndo92ayB7cF	F+9TS9FI5/xK		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmacia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se la expresión, limitación portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) a 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 correc electrónico dpo@cgoom.es.





	TRUZ DE TELL						
	Nº de Receta: 38-3074758						
	RECETA MÉDICA PAF	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA 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		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
Δ	producto sanitario).	Posc	logía				
PRIVADA	Núm. envases / unidades:						
		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
SISTE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
۲ ۲		Fecha prevista		30039 Granaulia de Aburia (Esparia)			
NTE				Fecha de la prescripción//			
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
CÍÓ							
MA							
INFORMACIÓN	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, initratición, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se aiusta a la normativa violente. Más			

Jlibndo92ayB7cF+9TS9Fl5/xKs=





RECETA MÉDICA PARA A			NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	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).				bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista//  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d	3808364 en Daute
TAI				Fecha de la prescri	ipción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Urgencia	otivo de la sustitución  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identification)  Urgencia  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.	34ULZ048/A87	ΓaNuzbPmA6	WA=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto 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, rectificado supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) s considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento En la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074759						
	RECETA M	IÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de		Duración de	Duración del tratamiento PACIEN		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
/AD/	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	logía			
PRIVADA	Num. envases / umuaues.		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
<b>VCIA</b>					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA			Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute	
1			Fecha prevista		occoo Granaama c	(Lopana)	
Ę			/		Fecha de la prescr	ipción/	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
iÓN							
MAC							
INFORMACIÓN AL	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 viejente. Más	
		RIca8	34ULZ048/A8T	aNuzbPmA6\	WA=	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.	



	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	A ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)	у
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
		Unidades	Pauta		
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen: Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma) Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
TA N				Fecha de la prescripción / /	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	de
	* 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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	aYkFBQN31w	8ibgJ+7klA06	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se ile informa der que sus datos estrán tratados por el prese datos, se ile informa der que sus datos estrán tratados por el prese de la conformación de la medica dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Si informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redifición, limitación, portabilidad, oposición, así como el derec presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPI considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente, información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en l dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del c electrónico dipo@eg.com.es.	scriptor rmacia Se le cación echo a PD) si e. Más i la del





	CRUT DE TENET			
	Nº de Receta: 38-3074760			
	RECETA MÉDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA 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	Duración del	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
DA	producto sanitario).	Poso	logía	1
≥	Núm. envases / unidades:			
SISTENCIA PRIVADA		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
₹				Dra. Sahily Canales Basil
S				Núm. Colegiado:383808364
STE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute
SIS				38639 Granadilla de Abona (España)
٠ \		Fecha prevista		
AL PACIENTE		/		Fecha de la prescripción//
CE	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		
PA				
AL.	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
Ċί				
Α̈́				
INFORMACIÓN	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 acoso, redificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si



L1CaYkFBQN31w8ibgJ+7klA06gE=



·									
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)					
RECETA MÉDICA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posología							
		Unidades	Pauta						
		Nº orden dispensación  Fecha prevista ///		PRESCRIPTOR (d Dra. Sahily Canales E Núm. Colegiado:3838 Medicina general Calle Mencey Icoden 38639 Granadilla de	808364 Daute				
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF, dispensac	datos de identificación y fecha de				
	* 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 Hus	soRUqDGdvlT	bRKH7fTb1R	data data data data superior de la constitución de	e conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de tos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor la la gestión y control de la prescripción médica y por la famesa spensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le forma que puede ejercitar sus derechos de acceso, restifican- presión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho seentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si insidera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc actrónico dpo@cgcom.es.				





	CHUTOF ENGLIS								
	Nº de Receta: 38-3074761								
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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:	ý	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)					
DA		Poso	logía						
\ \		l							
PRI	<u> </u>	Unidades	Pauta	DDECORIDED (dates de identificación y firms)					
₹				PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)					
2				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364					
ASISTENCIA PRIVADA		N⁰ orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)					
- A8		Fecha prevista							
PACIENTE -		/		Fecha de la prescripción//					
SE	DIAGNÓSTICO (si procede)								
PA	INSTRUGGIONES AL PAGIENTE ( : )								
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)									
S									
ΜĀ									
INFORMACIÓN	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					



8HusoRUqDGdvlTbRKH7fTb1RLrc=