

	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).  Núm. envases / unidades:	Duración del tratamiento  1  Posología		,	
		Unidades 1	Pauta c/ 8h	Fecha: 20de3ii2e224	
RECETA MÉDICA PRIVADA	PARACETAMOL ABAMED 1 G COMPRIMIDOS EFG , 20 comprimidos (Blister)	Nº orden dispensación  Fecha prevista  /  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla c	33808364 en Daute le Abona (España)
	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento			F, 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.  EjwE	NGXNEJOki/3	Yb9kGSXzaF	R+8=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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 fariad dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se lei 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 el ad dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	Nº de Receta: 38-30/4662					
	RECETA MÉDICA PAR	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 1		<b>ይሉር ቴቴኔኔቼ27ረት ማንካ</b> ቴቴ8 <b>9</b> 9 <b>2</b> ፱/ሰቴ <b>2</b> 5 <b>5</b> año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)		
ADA	producto sanitario).	Poso	ología	Nombre: Juan Pérez		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	Fecha: <u>20dæ3ii2202</u> 24		
			1 5.5.5.5	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)		
NC		1	c/ 8h	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
SISTENCIA	PARACETAMOL ABAMED 1 G COMPRIMIDOS EFG ,	Nº orden dispensación		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
٠ A	20 comprimidos (Blister)	Fecha prevista		30039 Granadilla de Aboria (España)		
NTE				Fecha de la prescripción 01 /01 20/24		
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL F	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
<b>IACI</b>						
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 acosso, redificación, supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presenter una reclamación ante la Auroridad de Control dEPDh. si		



EjwENGXNEJOki/3Yb9kGSXzaR+8=



	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	Nº orden dispensive de la sus	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 de dispensacion)
Α.	* 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  Desabastecimiento  BeBY3tF0EXpKAAfxYehrvMx		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 farma: dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejectriar sus derechos de acceso, rectificaci supresión, limitación, porabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de como (AEPO) información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la calispensador. Para más información, puede dirigirse a través del com electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TENTE			
	Nº de Receta: 38-3074663			
	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)
√ADΑ	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
PRIV	Train. Givases / anadees.	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		occoo Granadina do Aboria (Espana)
ENTE		/		Fecha de la prescripción//
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
ÓN,				
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 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 ejerciar sus derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho resente y usa enclamación pote los descripción descripció



tZBeBY3tF0EXpKAAfxYehrvMx1E=

presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa viojente. 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	IITARIA 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).  Núm. envases / unidades:	Duración del tratamiento Posología			re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
		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 dispensification  Fecha prevista  / Firma de Fa  Motivo de la sus  Urgencia  Desabas	armacéutico	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general Calle Mencey Icoder 38639 Granadilla de Fecha de la prescrip FARMACIA (NIF/CIF, dispensa	n Daute e Abona (España)  pción / / , datos de identificación y fecha 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.	jxFUueZB+nY	dmQk0wSME	d p ir s p c	datos, so le informa de que sus datos earán tratados por el prescripto aoa 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, restificado supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AFPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más información del tratamiento Te ha dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc selectrónico dpo@cgocm.es.





	THE CHILD OF THE						
	Nº de Receta: 38-3074664						
	RECETA MÉDICA	PARA AS	SISTEN	ICIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA	
4	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o forma farmacéutica, vía de administración, dosis por u unidades por envase. (Datos correspondientes en o producto sanitario).	nidad y	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:		Posolo	ogia			
		Unio	dades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	s Basil	
ASISTENCIA		Nº ord€	en dispensa	ación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d		
- 1		Fecha p	orevista				
N.				/	Fecha de la prescr	ipción//	
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
MACIĆ	_						
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 rectamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta si a normativa viejente. Más	
		CXBPjxFUue	ZB+nYd	mQk0wSMD	NkE=	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	I 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	Fecha prevista Medicina general Calle Mencey Icoc		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	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 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 y nº de DNI / NIE / pasaporte)	у	
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		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 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 esrin 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 de	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 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).  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.	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 de	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 serán 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=



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECETA MEDICA PAR	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			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 sentrar una reclamación ante la Autofidad de control (APPI) si distribución de la contractiva de la contractiva de la productiva de la contractiva de la presidencia de la presid





	Nº de Receta: 38-3074668			
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIVADA
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)
	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 MEDICA PARA			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			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 prescr	
REC	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CI dispens	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 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 Posología			re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
		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 de 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 carán 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					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			
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (da Dra. Sahily Canales B Núm. Colegiado:3838		
RECETA MÉDICA PF		Fecha prevista /// Firma de Farmacéutico		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
TAM				Fecha de la prescripci	ión <u>/ /</u>	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		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.	2Y9UCR+ddu	G3sAVM3RP	dato parar dispu infon supr pres cons infon disps	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 DE TENT						
	Nº de Receta: 38-3074671						
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVA	ADA		
λA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).	, , ,			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 SA				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			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
RECETA MÉDICA PRIVADA	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 / /	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CI dispens	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 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
AC.	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).	rca, Duración del tratamient		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					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				ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
	Train. Givages / anidades.	Unidades	Pauta		
٩				DDECORUDEOD /	(1.4. 1.1. 10. 17. 17. 17. 17. 17. 17. 17. 17. 17. 17
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 prescrip	oción / /
	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF dispense	, datos de identificación y fecha de acion)
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:	I // SIZITE		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 PR	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 de	Duración del tratamiento		nbre, apellidos, año de nacimiento y e 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 / 150114 ( <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	logía			
	Traini divasso, anidasso.	Unidades	Pauta			
⋖				DDECCDIPTOR /	(datas da idantificación y finas)	
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364		
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ECETA MÉDICA		Firma de Fa	ırmacéutico		(======)	
Τ				Fecha de la prescrip	pción/	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fed 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 Egocm.es.	





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	Nº de Receta: 38-3074675						
	RECETA MÉDICA	A PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	JITARIA 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)	
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso Unidades	logía Pauta			
			Unidades	Paula	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)	
:NCI/					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
SISTENCIA			Nº 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 de	I tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía				
		Unidades	Pauta				
A							
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38			
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
<b>AÉDIC</b>							
TA				Fecha de la prescri	pción/		
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 carén la ratalecto por el prescripto rata la gestión y control de la prescripción médica y por la farmeció 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@com.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	tratamiento		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		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.	



La Valluce de sus receta explin a ruos 10 dias intantiels 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 superará los superará los as meses de tratamiento. La receta es valida para una unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia del territorio nacional.	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
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  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  I Urgencia  Desabastecimiento  Prescripción  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)  Desabastecimiento  Desabastecimiento  Desabastecimiento  Desabastecimiento  Desabastecimiento  Desabastecimiento  Desabastecimiento se que sus dates serán tratades por el prediction datas, as le informa de que sus dates serán tratades por el prediction da fische de prescripción. La medicación prescripción médica y por la turne la fische de prescripción. La medicación prescripción médica y por la turne la fische de prescripción. La medicación prescripción médica y por la turne la fische de prescripción. La medicación prescripción médica y por la turne la fische de prescripción. La medicación prescripción médica y por la turne la fische desabaste de la fische de fische de farmacia del territorio naciona despensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser d	forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).	Posc	ología			
	* 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.	Nº orden dispen Fecha prevista/ Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	sación  / armacéutico  stitución a stecimiento	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de Fecha de la prescrip FARMACIA (NIF/CIF dispensa	Basil 3808364  en Daute e Abona (España)  poción	





	TAY CRUZ DE TRIFF							
	№ de Receta: 38-3074677  RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA							
		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:	Posc	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 Gianaunia de Abona (Espana)				
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 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 le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación supresión, imitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a				



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			ore, apellidos, año de nacimiento y 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 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.	-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 la 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 OF THEFE						
	Nº de Receta: 38-3074678						
	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			
\ \ \	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			e, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía			
	Traini divasso, anados.	Unidades	Pauta			
٩				DDEGODIDTOD //		
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales I Núm. Colegiado:3838		
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
ECETA MÉDICA		Firma de Fa	ırmacéutico			
Τ				Fecha de la prescripo	ción/	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fec 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 @cgcom es.	





	CRUT DE TENTE			
	Nº de Receta: 38-3074679			
	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		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 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.	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 ala normativa vigente. Me información del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la cidepensador. Para más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgocm.es.	





	CHI DE LIBERT						
	Nº de Receta: 38-3074680						
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAI	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	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.



RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECETA MEDICA PAR	A 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		
Ā					
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38	
		Fecha prevista	Medicina general Calle Mencey Icoc		en 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 de acion)
R.		Urgencia	1	Supplication,	
		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 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		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)
CIÓN 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 DADA ACIOTENCIA CANUTADIA DDIVADA					
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	logía		
		Unidades	Pauta		
4				PDESCRIPTOR	/
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales  Núm. Colegiado:38	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icode	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	dispensacion)		F, datos de identificación y fecha de acion)	
~		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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  OF:3it	0F3jbUSGxoLa8GQlUm+6Tdzl-			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos será intrados 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			



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 y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
Núm. envases / unidades:	Poso	ología				
	Unidades	Pauta				
			DDESCRIPTOR (dates de identificación y firma)			
		sación	Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
	C		Calle Mencey Icoden Daute			
			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)	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 fe dispensadora 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 no superior a processor por la fecha de prescripción. La medicación precedir no superior a precede prevista por la dispensación, o en su defecto de la fecha prevista por la dispensación. La medicación precedir no superior precedir no superior precede dose, se la felora de prescripción function de preceder no superior preceder no superior dispensación en la farmacia. Esta meceta podrá preceder no superior a superior preceder no superior misero, misero, procheso, misero, procheso de accesso, en suchos de superior preceder no superior preceder		





	CRUZ DE TRIEF						
	№ de Receta: 38-3074684  RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA						
	RECETA MÉ	DICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIN	/ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicament forma farmacéutica, vía de administración, dosi unidades por envase. (Datos correspondientes	s por unidad y	Duración del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de 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)						
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 PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECEIA MEDICA PAR	KA ASISTE	INCIA SAI	III AKIA PKIVAD	у <b>А</b>
	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 (date Dra. Sahily Canales Bas Núm. Colegiado:383808	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Da	aute
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
TA N				Fecha de la prescripció	n/
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, da dispensacion	atos de identificación y fecha de n)
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 única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	AK045QLrecD	TEFPt+shGqı	datos, s para la dispensi informa supresis present conside informa	Idomidad 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 íon, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho tar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si rar que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Más sación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del sador. Para más información, puede dirigirse a través del correc nico dpo@cgcom.es.





	THE CHILD SERVER						
	Nº de Receta: 38-3074685						
	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			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVADA	producto sanitario).  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			
۲ ۲		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)			
NH H		/		Fecha de la prescripción/			
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 vigente en protección de datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripto para la apesión 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 derechos apresente intercheración de como de derechos.			



gVkAK045QLrecDTEFPt+shGqrF0=

presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa viojente. 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		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)	
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					
ÉDICA 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 sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispense	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.	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	Duración de	tratamiento	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	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)	
JICA PRIVADA	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  FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)	
RECETA MÉDICA	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 unica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  Xfbkz	z6qN4sP+NZe	CKGZ3/0vA1	Ws=	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, limitación, portabilidad, 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. Más información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la de alectrónico dpo@cgom.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		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Posc		
F F		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364
SIST		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)
A - :		Fecha prevista		
Ä				Fecha de la prescripción//
AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
ORMACIÓN AL P	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
-ORMA	El paciente conservará este documento			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección di datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptio 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.



Xfbkz6qN4sP+NZeCKGZ3/0vA1Ws=



	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			
ΑC				PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)	
JICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  /  Firma de Farmacéutico		Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	s Basil 3808364 en Daute	
TA MÉ				Fecha de la prescrip	pción/_/	
RECETA MÉDICA	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 valida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	/ttcY0/qtxbsbty	/CZ7r/Bu+qN		De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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 prescripción nedicamentos. Se la supersola, limitación, porsibilidad, oposiólón, así como el derencho 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.	





	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de	5 // 11:		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
- ASISTENCIA	Num. envases / unidades:	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		Nº orden dispensación  Fecha prevista  // /		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	GY7T6g7k5rl5	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 PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	NTARIA PRIVADA
	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)
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				
Σ				<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 MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
	RECETA MEDICA PAR	KA ASISTE	INCIA SAI	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)	
	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	
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
TAN				Fecha de la prescripción	/
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso		dispen		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:	Duración del tratamiento posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
L PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	DIAGNÓSTICO (si procede)  INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)	Unidades  Nº orden dispensaciói Fecha prevista  / /	Pauta n	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	





	THE CRUT DE LINE			
	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)			
γC	,			
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)	
	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	
	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 A							
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 sus Urgencia Desabas		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)			
ICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista ///		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//			
RECE	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.			





	TA CRUT DE LEMEN					
	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	Duración del tratamiento P,		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de 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
ASISTENCIA			Nº orden dispens	ación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute
PACIENTE - /			Fecha prevista		Fecha de la prescr	ipción/
ACIE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
٩٢	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)					
INFORMACIÓN	El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.					



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  Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38  Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de  Fecha de la prescr	33808364 en Daute le Abona (España)
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	Urgencia	datos, se le informa de que sus datos ser para la gestión y control de la prescripció dispensadora para la gestión y control d		
	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 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			re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
⋖					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  / /  Firma de Farmacéutico		PRESCRIPTOR (c Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383 Medicina general Calle Mencey Icoder 38639 Granadilla de	808364 n Daute
TAI				Fecha de la prescrip	ción//
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF, dispensar	datos de identificación y fecha de cion)
	* 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.	M0lktEl+F4ijAabsk61S44bZBHk=			e conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de atos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescriptor ara la gestión y control de la prescripción médica y por la famela ispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se la forma que puede ejerciar sus derechos de acceso, restificación upresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a resentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si onsidera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente. Ma formación del tratamiento: En la dirección del prescriptor y/o en la del ispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc lectrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TERM					
	Nº de Receta: 38-3074696					
	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)		
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		
ISTE		Nº orden dispens	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)					
∇ 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 datos, e ele informa de que sus datos serán tratados por el prescrip para la gestión y control de la prescripción médica y por la farmadora para la egstión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, unitación, portabilidad, oposición, así como el derecho		



M0lktEl+F4ijAabsk61S44bZBHk=



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			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Omadoo	1 data		
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 prescri	pción//
RECE	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 única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  fii U2	YHOYiC86wW	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 prescriptor para la gestión y control de la prescripción redica y por la farendica y por la farendica dispensadora para la gestión y control de los medicamentos, Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, redificado 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 la dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.





	CRUZ DE TENE						
	Nº de Receta: 38-3074697						
	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	tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)			
ADA	producto sanitario).	Poso	logía				
RIV.	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta				
Λ P		Officaces	- T ddid	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)			
SISTENCIA PRIVADA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364			
ISTE		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
- AS		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)			
		/		Fecha de la prescripción//			
<b>ACIE</b>	DIAGNÓSTICO (si procede)						
AL P/	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
ÓN/							
IACI							
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, netificación, supressión, limitación, portabilidad, opsición, así como el derecho a			



fiiU2YHOYiC86wWAGNfrY0cTjRU=

presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa viojente. 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 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.	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.		





	THE CRUZ DE THE						
	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 prescripción//	
nformación al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la su	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)
	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 sepensada 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 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)			
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 Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:					
		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 prescrip	oción <u>/ /</u>	
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.  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 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)			
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)						
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).	Posología					
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta				
۸D۸		NO orden dienen	anaián 🗔	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
PRIVADA		Fecha prevista  Núm. Co Medicina Calle Me		Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38			
				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
ÉDIC		Firma de Farmacéutico					
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	ipción/_/		
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución FARI		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//wztGcnOJh2xKi			De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigorite en protección de dotos, se le informa de que sus datos serán tratedos por el presercito 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=



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 Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:					
		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		Firma de Farmacéutico				
TAI				Fecha de la prescri	pción//	
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	disper		FARMACIA (NIF/CIF dispense	F, datos de identificación y fecha de acion)	
וצ 		Urgencia Desabas	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, als 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					
	PRESCRIPCIÓN Consignar 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 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	Urgencia  Desabas	a stecimiento	dispensacion)  De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en datos, se le informa de que sus datos serán tratados por para la gestión y control de la prescripción médica y po dispensadora para la gestión y control de los medicam	
	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 CHANGE THE							
	Nº de Receta: 38-3074703							
	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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.



	RECETA MÉDICA PAR	A ASISTENCIA SANI		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							
AD/		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)		
PRIVADA		·		Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38			
		Fecha prevista /	Fecha prevista  Medicina general Calle Mencey Ico				
20		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)			
ΜÉΓ							
RECETA MÉDICA				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.	rWQmtKIWRXNnUfIFG9jL1		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.		
	<del>- !</del>						





	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 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 P, Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
	Train. Givages/ anidades.	Unidades	Pauta		
⋖				DDECODIDED /	(1-11-1)
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383	
		/ Calle Mencey		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ECETA MÉDICA					( ,, , , ,
Τ				Fecha de la prescrip	oción/
	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF dispensa	, datos de identificación y fecha de acion)
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 TRIEF				
	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	
A 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 PAC	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)	- Э 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 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, reciti 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 la control de	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 del 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	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, supressión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a



CLWG0y+lQaZzu953Hr5e6OQhR7U=



RECETA MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVADA	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	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			
	l · , ,		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute			
	Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)			
			Fecha de la prescripción			
Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fe 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.	AFfVoHofkxrlc	eKISYbJ/2hp	datos, se para la g dispensac informa supresión presenta considera informaci	virilidad 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 farmacia 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 correccio do po@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 la farmacia del territorio nacional.	forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).  Núm. envases / unidades:    Unidades		



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 de	l 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)			
SA 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 sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		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 O 4 A	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 de	tratamiento	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 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)
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 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	
_	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 prescri	pción/	
PACIENTE	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.	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:	Posología					
		Unidades	Pauta				
⋖					(1)		
PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383			
		Me / / / Ca		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
∕ÉDI(		Firma de Farmacéutico					
TAN				Fecha de la prescrip	oción//		
RECETA MÉDICA	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.  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 de la la conformación 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 conformación perecipion de la conformación presenta 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 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@cgoom.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 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		Nº orden dispensación Me Cal		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)				
- 1			Fecha prevista		30039 Granadilla C	ie Abolia (Espaila)		
NTE					Fecha de la prescripción//			
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					
	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)	
RECETA MÉDICA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
		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 id dispensacion)		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.	c5TLir++wiuEF	PLLMnW0tPR	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el prescripio dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificadi 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. Patar más información, puede dirigirse a través del con electrónico dpo@cgcom.es.	





	CHIT CHIEFE								
	Nº de Receta: 38-3074711								
	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			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)					
NCI/				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364					
SISTENCIA		Nº orden dispens	sación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute					
۲,		Fecha prevista		38639 Granadilla de Abona (España)					
IN I		/		Fecha de la prescripción//					
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 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 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 presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si					



d9yc5TLir++wiuEPLLMnW0tPRd0=

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.



PRESCRIPCIÓN Consignar 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 (datos de identificación y 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  PRESCRIPTOR (datos de identificación y Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					
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 (datos de identificación y Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general						
Núm. envases / unidades:  Unidades Pauta  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR (datos de identificación y Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general	acimiento y					
PRESCRIPTOR (datos de identificación y  Nº orden dispensación  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general						
, , modisina general						
, , modisina general	<u> </u>					
, , modisina general	tirma)					
Firma de Farmacéutico  Signal	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute					
Fecha de la prescripción/						
Información al Farmacéutico, en su caso  Motivo de la sustitución FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación dispensacion)	y fecha de					
-						
Desabastecimiento	viganto en protocción 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 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. Esta receta podrá ser dispensación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  EO8h8oz9oXtrdIG6wVpAA/Qadds=  De conformidad con lo dispuesto en la normatica tos, se le informa de que sus datos serán tra para la gestión y control de los informa que puede ejerciar sus derechos de informa que puede ejerciar sus derechos de considera que el tratamiento na ejusta a la información del tratamiento: En la dirección del dispensación Para más información, puede difigiención de gogonnes:	ratados por el prescriptor iddica y por la farmacia is medicamentos, Se le de acceso, rectificación así como el derecho a de control (AEPD) si normativa vigente. Más prescriptor y/o en la del					





	TAY CRUIT DE LEHE							
	Nº de Receta: 38-3074712							
	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)				
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posc	logía					
PRI		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)				
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364				
ISTE		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)							
ÓN,								
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 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, limitación, portabilidad, oposición, asi como el derecho a				



EO8h8oz9oXtrdlG6wVpAA/Qadds=



	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		Medicina general		Núm. Colégiado:38		
				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 prescripción / /		
EC	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha dispensacion)		
œ		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.				De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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:	DCI o marca, Duración del tratan		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 //	
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 dispens Fecha prevista  Firma de Fa  Motivo 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 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 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 nº de DNI / NIE / pasaporte)	
,		Poso	ogía	1	
Núm. envases / unidades:		Unidades	Pauta		
		0		PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
				Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	
	N⁰ orden dispensación		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
		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 CICTE	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  Unidades Pauta  F  Nº orden dispensación  Fecha prevista		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
TE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:			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, restificarán supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho supresion a reclamación ante la Autoridad de control (AEPO) 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		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 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	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//
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 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		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 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 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
-1	PRESCRIPCIÓN Consignar 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)
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 Fa	armacéutico	Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)  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 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 M	IÉDICA 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 del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de 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  Desabas  VxOwBEIsx5R	stecimiento	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección 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 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 del 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 fech 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





	Nº de Receta: 38-3074721  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).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía	
A 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)
۲-		Fecha prevista		
ENT		/		Fecha de la prescripción//
ACI	DIAGNÓSTICO (si procede)			
CIÓN AL PACIENTE	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
NFORMACIÓN	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 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, sucressión limitación, portabilidad copoción, así crono, el derecho a



Od6Qv5CwexQEsiMrL9rmlabGbAY=



	,				
	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	I tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Posología			
		Unidades	Pauta		
PRIVADA					
		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:383	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
/ÉDI		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
TAI				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 del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de 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 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 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 TRIFF					
	Nº de Receta: 38-3074723	O.O.T.		UTABLA BBD (ABA		
	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			
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 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	Posología		
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
PRIVADA			$\Box$	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
۸۱۱۶			Nº orden dispensación  Dra. Sal		s Basil 33808364
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute	
EDIC		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)	
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 del 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		
4DA	PRESCRIPCIÓN Consignar 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)		
VTE - 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 //		
NFORMACIÓN AL PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
	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 upe 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 ASISTE	NCIA 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		
PRIVADA					// · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales	(datos de identificación y firma)
PRIV		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 Farmacá stica an accomi			Fecha de la prescripción / /	
ECI	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensacion)	
8		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 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)	<b>-</b>		
	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 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 Posología			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:				
		Unidades	Pauta		
OICA PRIVADA				PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
		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 PAI	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	<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 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).  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 P	PARA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVADA			
Ϋ́	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 nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)			
PRIVA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y fir	rma)		
- ASISTENCIA PRIVADA				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 dirigise 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					
	PRESCRIPCIÓN Consignar 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 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.	





	CRUZOETERIU					
	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			
<b>∠</b> Ι/⁄	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						
₹MΑ				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 proteccion 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						
	PRESCRIPCIÓN Consignar 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				
RECETA MÉDICA PRIVADA	Información al Farmacéutico, en su caso	Nº orden dispens Fecha prevista / Firma de Fa  Motivo de la sus Urgencia Desabas	armacéutico	Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de Fecha de la prescrip FARMACIA (NIF/CIF dispensa	an Daute e Abona (España)  ción / / 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.  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 MÉDIC	A PARA AS	ISTEN	ICIA SAN	IITARIA PRIV	'ADA	
Ą	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DO forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidades por envase. (Datos correspondientes en producto sanitario).	unidad y	Duración del tratamiento  Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento nº de DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVAD	Núm. envases / unidades:	Unid	ades	Pauta	DDECCRIPTOR	(detected idealification of many)	
ENCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38		
ASISTENCIA PRIVADA		Nº orde Fecha p	n dispensa	ación	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
PACIENTE -			/	<i>l</i>	Fecha de la prescr	ipción/	
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.	



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 de	I tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología			
		Unidades	Pauta			
A						
PRIVADA					(datos de identificación y firma) s Basil 33808364	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
/ÉDI		Firma de Farmacéutico				
TAI				Fecha de la prescri	ipción/	
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución FA Urgencia		FARMACIA (NIF/CII dispens	F, datos de identificación y fecha de sacion)	
		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		
PΑ	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  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 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			ore, 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 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 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)			
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 Grandalila de Aborta (Esparia)			
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 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			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	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				Fecha de la prescri	pción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispensi	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 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)		
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 Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)  Fecha de la prescripción//			
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 única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	yT41tKLwsdeckNoC461nafsqk			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 napar la gestión y control de la prescripción nefidad y por la familiar para la gestión y control de la prescripción nefidad y por la familiar para la gestión su para la gestión su para la gestión su para la gestión su para la gestión su para la gestión su para la gestión su para la gestión de la cosa, rectificación 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 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 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 del territorio racional.	PRESCRIPCIÓN Consignar 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 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. 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 tratamiento		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 A SISTE	NCIA SAN	JITADIA DDI\/	۸۵۸
		A ASISTE	INCIA SAI	WITAINIA FINIV	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	l tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
⋖					
A PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38:	
		Medicina general Calle Mencey Ico		Medicina general Calle Mencey Icode	den Daute
RECETA MÉDICA				38639 Granadilla de Abona (España)	
TAN				Fecha de la prescrip	pción//
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	F, datos de identificación y fecha de acion)
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 única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.  6pmHI	N66WW92fwY	80AaVQIFM		De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos, se le informa de que sua datos serán taradaso 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, 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@com.es.





	CRUZDETE				
	Nº de Receta: 38-3074734				
ı	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	ADA
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marc forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad unidades por envase. (Datos correspondientes en caso d	у			ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
ADA	producto sanitario).	Posc	ología		
PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta		
		Offidades	1 auta	PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)
SISTENCIA				Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38	
STE		Nº orden dispen	sación	Medicina general Calle Mencey Icode	
ASI				38639 Granadilla de	
1		Fecha prevista			
PACIENTE				Fecha de la prescri	oción/
븽	DIAGNÓSTICO (si procede)	•		•	
	INOTELIOOIONEO AL DAOIENTE (-i				
AL	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
S					
¥					
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
Z	validez del tratamiento.				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



6pmHN66WW92fwY8OAaVQIFM26FA=



	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).		nº d₁		re, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
_					
ÉDICA 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 //	
TAI					
RECETA MÉDICA	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensa	, datos de identificación y fecha de cion)
	* 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.	<r0dyglh6gl< td=""><td>7xaZtaaTefk</td><td>C F iii S F C</td><td>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 apara la gestión y control de la prescripción nedica y por la farentacidispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificado, ilmitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC) considera que el tratamiento En la dirección del prescriptor y/o en de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cg.com.es.</td></r0dyglh6gl<>	7xaZtaaTefk	C F iii S F C	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 apara la gestión y control de la prescripción nedica y por la farentacidispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificado, ilmitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AEPC) considera que el tratamiento En la dirección del prescriptor y/o en de dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cg.com.es.





	CRUZ DE LEIGH						
	Nº de Receta: 38-3074735						
	RECETA MÉDIC	A PAR	RA ASISTE	NCIA SAI	NITARIA PRIV	ADA	
	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DC forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidades por envase. (Datos correspondientes en	unidad y			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)		
PRIVADA	producto sanitario).		Poso	logía	]		
۲۱/	Núm. envases / unidades:						
PF			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 Icode 38639 Granadilla de		
- A8			Fecha prevista			o risona (España)	
NTE			/		Fecha de la prescr	ipción//	
CIE	DIAGNÓSTICO (si procede)						
IL P/	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
Z							
CIÓ							
MA							
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 tradados 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 presentra uma reclamación ante la Autoridad de control (AEPD) si	



LclKR0dygLH6gL7xaZtaaTefkJ0=



	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	l tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).	Poso	ología		
	Núm. envases / unidades:		1		
		Unidades	Pauta		
_					
, PRIVADA		Nº orden dispens	anaién 🗔	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
		in orden dispens	Sacion	Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38	
		Medicina general Calle Mencey Icoc		Medicina general	
2				Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
户					, , ,
RECETA MÉDICA				Fecha de la prescri	ipción/
CE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  FARMACIA (NIF/CIF, datos dispensacion)		F, datos de identificación y fecha de	
RE		Urgencia	a	шэрепэ	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.	Mfy32FSllrtc7l	MMbShpHEld	w=	De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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 famelia 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 a presentar una reclamación anne 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 on el dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom es.





	CHUZ DE L					
	Nº de Receta: 38-3074736					
	RECETA	MÉDICA PAR	A ASISTE	NCIA SAN	NITARIA PRIV	'ADA
	forma farmacéutica, vía de administración, unidades por envase. (Datos correspond		Duración del	tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:		Poso	ogía		
			Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR	(datos de identificación y firma)
NCIA					Dra. Sahily Canale Núm. Colegiado:38	es Basil
SISTENCIA			Nº orden dispens	ación	Medicina general Calle Mencey Icod 38639 Granadilla d	en Daute de Abona (España)
- A			Fecha prevista			
NTE					Fecha de la prescr	ripción/
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)					
AL P.	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si pr	rocede)				
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, 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

tV4Mfy32FSIIrtc7MMbShpHElcw=



	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).		I tratamiento		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 sus Urgencia Desabas		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 datos, se la informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificados supereison, 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 (AEP) 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			
	Nº de Receta: 38-3074737	A A CICTE	NICIA CAN	AUTADIA DDIMADA
	RECETA MÉDICA PAR			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 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).  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
E - 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).	Duración del tratar Posología		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 F	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 de		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimie nº de 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.	GyLbo285tYN	pLeNKuf7NX	qY=	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		nbre, apellidos, año de nacimiento y e 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/
則	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						
		A ASISTE	INCIA SAI	III ANIA FRIVADA		
	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)	
\  \		Nº orden dispens	sación	Dra. Sahily Canales Basil	a)	
PRIVADA		Fecha prevista		Núm. Colegiado:383808364		
		/	1	Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
RECETA MÉDICA		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)		
ΨĘ		Fillia de Fa	imaceulico			
≥				Fecha de la prescripción / /		
ET,	Información al Farmacéutico, en su caso			FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y f	acho do	
EC	illiottiacion ai i attiaceutico, en su caso	Motivo de la sus		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 cor 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		Duración del tratamiento PACIENTE		, apellidos, año de nacimiento y NI / 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 nº de DNI / NIE / pasaporte)	У
	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)	
	* 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





	CRUZOETEN						
	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			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)						
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	ología				
		Unidades	Pauta				
Α				DDESCRIPTOR (	'datos do identificación y firma)		
MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista	Nº orden dispensación  Fecha prevista  Dra. Sahily Núm. Cole Medicina g		PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364  Medicina general		
		Firma de Farmacéutico		Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)			
TA				Fecha de la prescrip	oción/_/		
RECETA MÉDICA	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 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 1 0 T F	NO.4 0 4 1	WTA DIA DDI (A DA
	RECETA MÉDICA PAR			NTARIA PRIVADA
_	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 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					
Ā								
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR ( Dra. Sahily Canales Núm. Colegiado:38				
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute				
		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de Abona (España)				
TA N				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 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							
CQ							
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			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		
RECETA MÉDICA F				Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
		Firma de Fa	Firma de Farmacéutico 38639 Granadilla de Al		le Abolia (Espalia)
TAI				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 a fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la echa de prescripción. La medicación prescrita no superará os 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una inica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en la 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 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, 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 dispensador. Para más información, puede dirigines a través del corre
	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	l tratamiento		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 S	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	l tratamiento		e, apellidos, año de nacimiento y NI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	Posología			
		Unidades	Pauta			
⋖						
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispen	sación	PRESCRIPTOR (d. Dra. Sahily Canales E Núm. Colegiado:3838		
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute		
		Firma de Farmacéutico		38639 Granadilla de 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 toro, 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 leo mma 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 snisidera que el tratamiento no se giusta a la normativa vigente. Más normación del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/o en la del pensador. Para más información, puede dirigirse a través del correctrónico dpo@cgcom.es.	





	CRUZDETERN							
	Nº de Receta: 38-3074745							
	RECETA MÉDICA PA	RA ASISTE	NCIA SAN	IITARIA PRIVADA				
4	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 Posología			bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).					
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta			
_						
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispensación  Fecha prevista  //  Firma de Farmacéutico		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 M				Fecha de la prescr	ipción//	
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución  Urgencia  Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CI dispens	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.  8/rRc	poMMrCN43/C	)/SzbO4DdIW	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 del tratamiento		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de 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	ie Abolia (Espaila)
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 viejente. 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						
	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:					
		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)		
CETAI	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	stitución		, datos de identificación y fecha de	
RE		Urgencia Desabas	a stecimiento	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.  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					
	Nº de Receta: 38-3074747					
	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	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 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			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:38: Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla de	3808364 en Daute
TA M				Fecha de la prescrip	pción//
RECE	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 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 famelia dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restificado 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 c ha dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgoom.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 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)
	* 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).			PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:	Unidades  No orden dispensi	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 MEDICA PAR	RA ASISTE	NCIA SAN		A I 3 A	
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).	Poso	logía			
Núm. envases / unidades:		ı			
	Unidades	Pauta			
	NO and an diamon		PRESCRIPTOR (	(datos de identificación y firma)	
	in orden dispens	sacion	Dra. Sahily Canales		
	Fecha prevista	1	Medicina general		
			Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)		
	Firma de Farmacéutico			0 / 12011a (20pana)	
			Fecha de la prescri	pción / /	
Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	etitución	<u>'</u>	-, datos de identificación y fecha de	
	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.  49ht	Jykz485vbglN	rFKaFAGED9		De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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 famela dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificad 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.	
f u F	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 acha de prescripción. La medicación prescrita no superará jos 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser ispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio acional.	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 acha de prescripción. La medicación prescrita no superará so 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser ispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio acional.	orma 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 scha de prescopción. La medicación prescrita no superará se 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser ispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio acional.	orma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).  Núm. envases / unidades:  Unidades Pauta  Pessología  Unidades Pauta  PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canales  Núm. Colegiado:38  Medicina general  Calle Mencey Icode  38639 Granadilla d  Fecha de la prescri  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 seha de prescripción. La medicación prescrita no superará os 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta es podrá ser cecta podrá ser la farmacia de terretico el receta es valida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta es podrá ser la farmacia de terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el respensada en cualquer oficina de farmacia del terretico el receta es válida para una nica dispensación en la farmacia. Esta receta es válida para una nica dispensación en la farmacia del terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta es válida de terretico el receta e	





	Nº de Receta: 38-3074750			
	RECETA MÉDICA PAF	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		l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
SISTENCIA PRIVADA	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ología	
PR		Unidades	Pauta	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)
SNCIA				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		
N.				Fecha de la prescripción / /
PACIENTE	DIAGNÓSTICO (si procede)			
NFORMACIÓN AL P.	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)			
NFORM	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 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, redificación supresión, imitadoin, portabilidad, oposición, así como el derecho a



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 I I	., .	PRESCRIPTOR (datos d	le identificación y firma)	
DICA 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)		
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.	





	CRUZ OF TREE						
	Nº de Receta: 38-3074751						
	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).  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)	
	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 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 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 (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.	





CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

	CRUZ OK TENE						
	Nº de Receta: 38-3074752						
	RECETA MÉDICA PA	ARA ASISTE	NCIA SAN	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	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)						
٦AC							
AL I	INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)						
Z							
SÓ							
ΑĀ							
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					)A
	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 (date Dra. Sahily Canales Ba Núm. Colegiado:383806 Medicina general	
		// Firma de Farmacéutico		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 feci 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).	Duración del tratamiento Posología		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
FORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	Núm. envases / unidades:  DIAGNÓSTICO (si procede)	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//
	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 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			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)  Fecha de la prescripción //		
ΞTΑ						
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sustitución Urgencia Desabastecimiento		FARMACIA (NIF/CIF dispense	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 supresión 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		PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de 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 (Espaira)
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 PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA					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	,	os de identificación y firma)
RECETA MÉDICA PRIVADA		Fecha prevista		Dra. Sahily Canales Basil Núm. Colegiado:383808364 Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
/ÉDI		Firma de Fa	ırmacéutico		
TA I				Fecha de la prescripción//	
SCE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus	titución	FARMACIA (NIF/CIF, da dispensacion	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:	y	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)  Fecha de la prescripción //	
PAC	Bindide (in present)				
INFORMACIÓN AL F	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 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 DNI / NIE / pasaporte)	
	producto sanitario).	Poso	logía			
	Núm. envases / unidades:	Unidades	Pauta			
		Officaces	1 auta			
Ϋ́				PRESCRIPTOR	(data a da identificación o finas)	
VAL		Nº orden dispen:	sación	Dra. Sahily Canales	(datos de identificación y firma) s Basil	
PRIVADA		Fecha prevista		Núm. Colegiado:383808364 Medicina general 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	Motivo de la sustitución			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	+TlxfO1MOt6L7DXQlROqLj1OR			De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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 supersadoria 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 Te la dirección del prescriptor y/o en del dispensador. Para más información, puede dirigirse a través del correc electrónico dpo@cgcom.es.	





	CRUZ OF FEME					
	Nº de Receta: 38-3074757					
RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA 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 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)		
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 de	l tratamiento		ore, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	ología		
		Unidades	Pauta		
DA				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 N				Fecha de la prescri	pción//
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CIF dispensi	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 farmacía. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	ondo92ayB7cF	F+9TS9Fl5/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 nedica y por la famacia desensadora para la gestión y control de los medicianos con el prescripción nediciano de la protección de la superioridad desensadora para la gestión y control de los medicianos. El esta supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho e 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 de 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)
- AS		Fecha prevista		30039 Granaulia 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, initratición, portabilidad, oposición, así como el darecho 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 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 de	l tratamiento		bre, apellidos, año de nacimiento y DNI / NIE / pasaporte)
	Núm. envases / unidades:	1 030	logia		
		Unidades	Pauta		
✓					
RECETA MÉDICA PRIVADA		Nº orden dispens Fecha prevista/ Firma de Fa		PRESCRIPTOR  Dra. Sahily Canale: Núm. Colegiado:38 Medicina general Calle Mencey Icode 38639 Granadilla d	33808364 en Daute
TAI				Fecha de la prescri	ipción/
RECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus Urgencia Desabas		FARMACIA (NIF/CI dispens	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.	34ULZ048/A87	「aNuzbPmA6	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 prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica y por la faradis dispensadora para la gestión y control de los medicamentos. Se le informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, restifición supresión, limitación, portabilidad, oposición, así como el derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (AFP) considera que el 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 medicam forma farmacéutica, vía de administración, dunidades por envase. (Datos correspondie	losis por unidad y	Duración de	tratamiento		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 proc	cede)				
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	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	l 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 dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.	aYkFBQN31w	8ibgJ+7klA06	De conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protecció dates, se le informa de que sus datos esenán tratadrea por el presc para la gestión y control de la prescripción médica y por la fare 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 (AEPE 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 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	l tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimien nº de DNI / NIE / pasaporte)	nto y
	producto sanitario).  Núm. envases / unidades:	Poso	logía		
	Traini divasso, anidasso.	Unidades	Pauta		
⋖					
PRIVADA		Nº orden dispens	sación	PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)  Dra. Sahily Canales Basil  Núm. Colegiado:383808364	
		Fecha prevista		Medicina general Calle Mencey Icoden Daute 38639 Granadilla de Abona (España)	
ECETA MÉDICA		Firma de Fa	ırmacéutico	30039 Granadilla de Aboria (España)	
TA I				Fecha de la prescripción //	
ECE	Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la sus		FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fech dispensacion)	na de
Υ.			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.	soRUqDGdvlT	bRKH7fTb1R	De conformidad con lo dispuesto en la normatina vigente en pre datos, se le informa de que sus datos serán tratados por el para la gestión y control de la prescripción médica y por dispensadora para la gestión y control de los medicamer informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, r supresión, inimitación, portabilidad, oposición, así como el presentar una reclamación ante la Autoridad de control considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vi información del tratamiento. En la dirección del prescriptor y/ dispensador. Para más información, puede dirigirse a través electrónico dpo@govm.es.	prescriptor la farmacia ntos, Se le rectificación derecho a (AEPD) si igente. Más /o en la del





PRIVADA  (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)
(Nombre, apellidos, año de nacimiento y
PTOR (datos de identificación y firma)
Canales Basil
giado:383808364
eneral sey Icoden Daute
nadilla de Abona (España)
a prescripción/
De conformidad con lo dispuesto en la normativa 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
/ (()



8HusoRUqDGdvlTbRKH7fTb1RLrc=

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.