



Nº de Receta: 99-202

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: Vía de administración _____	Duración del tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE) PRESCRIPTOR Dr. afsasdf afsadsf Núm. Colegiado: 999900009 Fecha de la prescripción * ____ / ____ / ____	
		Posología		
		Unidades		Pauta
		Nº orden dispensación ☐		Fecha prevista ____ / ____ / ____
	Firma de Farmacéutico			
Información al Farmacéutico, en su caso	Motivo de la ☐ Urgencia ☐ Desabastecimiento ☐ Otros (indicar) _____	FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)		
* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 6 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.		En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en los ficheros de la farmacia dispensadora para la misma finalidad. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de los		
		Ylv2C0SZqnPFAZSmBAC4!9eglls=		



Nº de Receta: 99-202

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA	PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario). Núm. envases / unidades: Vía de administración _____	Duración del tratamiento	PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE) PRESCRIPTOR Dr. afsasdf afsadsf Núm. Colegiado: 999900009 Fecha de la prescripción * ____ / ____ / ____	
		Posología		
		Unidades		Pauta
		Nº orden dispensación ☐		Fecha prevista ____ / ____ / ____
DIAGNÓSTICO (si procede)				
INSTRUCCIONES AL PACIENTE (si procede)				
El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento.		En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en los ficheros de la farmacia dispensadora para la misma finalidad. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección de los		
		Ylv2C0SZqnPFAZSmBAC4!9eglls=		