

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA REPETICIÓN
DE RECETAS PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

Cod: FOR-ASI-CPM-AUT-009
Fecha: 25/08/2017
Rev: 02



DATOS DEL BENEFICIARIO				
APELLIDO Y NOMBRE				
Nº DE AFILIADO		C. PAR.		
EDAD		SEXO		TELEFONO
DOMICILIO				
E-MAIL				

MEDICO SOLICITANTE	
APELLIDO Y NOMBRE	
MATRICULA	
ESPECIALIDAD	
TELEFONO	

	DIAGNOSTICO	CODIGO	NOMBRE GENERICO	FORMA FARMAC. (mg – ml)	Miligramos – Mililitros por día	Validez (meses)(*)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

(*) Máxima 12 meses.-

OBSERVACIONES

LUGAR Y FECHA	FIRMA Y SELLO MEDICO SOLICITANTE	FIRMA Y SELLO AUDITOR MEDICO - CAJA ING. ROS	FIRMA Y SELLO CARGA DE DATOS - CAJA ING. ROS.