

RECETA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellido: _____ N° Afiliado: _____

N° Documento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Categoría (Titular / Cónyuge / Hijo del titular): _____

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

R/P Nombre genérico (Ley 25649)

DIAGNÓSTICO: _____

Fecha de prescripción: _____

Mail de contacto de médico tratante: _____

Tel. de contacto de médico tratante: _____

Firma y sello del médico tratante

COMPLETAR EN FARMACIA EN EL MOMENTO DEL RETIRO

BENEFICIARIO

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: _____

FARMACÉUTICO

Fecha de dispensa: _____

Firma: _____

Sello: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (campos obligatorios - para mutual federada)

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____ Fecha límite de entrega/aplicación ____ / ____ / ____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Peso y altura: _____

ENVIAR MEDICACIÓN A: (marcar lo que corresponde)

Federada Farmacia Sucursal

Localidad

INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZA EL TRATAMIENTO

Nombre: _____ Dirección: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Usuario de recepción: _____