

____ / ____ / ____
Fecha de Prescripción____ / ____
Grupo N°/ Int._____
Apellido y Nombre**MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS**

Rp/ Nombre Genérico	Concentración Gr/Mg/Mcg/Ui	Forma Farmacéutica Comprimidos/Crema /Gotas/Ampollas	Nombre Comercial Sugerido	Dosis Diaria Comprimidos/Ui /Gotas/Mi
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

TRATAMIENTO

Diagnóstico/s _____ _____ _____	Duración Tratamiento _____ Meses Hasta 12 meses	Médico Prescriptor Teléfono _____ _____ Firma y Sello
--	---	--

IMPORTANTE

- Planilla de uso exclusivo en **Federada Farmacia**
- Se deben cumplimentar la totalidad de los requerimientos en forma manuscrita para su validación.
- Válido para medicamentos que requieran “Receta Archivada”, presentando una receta **original** en cada retiro.
- Si el médico modificara dosis y/o concentración de un medicamento, deberá confeccionar una nueva planilla.
- El retiro de los medicamentos puede realizarse personalmente o mediante un tercero con la autorización correspondiente (consultar en agencia-oficina).