



Nº Receta: 48.102.607



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 su caso de producto sanitario)
Nº envases/unidades: []

Form fields: Duración del tratamiento, Posología, Unidades, Pauta, Nº. Orden dispensación, Fecha prevista dispensación, Firma de Farmacéutico

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI/NIE o nº de Pasaporte)
PRESCRIPTOR (Nombre, apellidos, n.º colegiado, especialidad, dirección, población y firma)
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 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 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación 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 de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora.



Nº Receta: 48-102.607



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 su caso de producto sanitario)
Nº envases/unidades: []

Form fields: Duración del tratamiento, Posología, Unidades, Pauta, Nº. Orden dispensación [], Fecha prevista dispensación

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI/NIE o nº de Pasaporte)
PRESCRIPTOR (Nombre, apellidos, n.º colegiado, especialidad, dirección, población y firma)
Fecha de la prescripción*

Diagnóstico/s (si procede)

Instrucciones al paciente (si procede)

El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento.



En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora.