



**SANATORIO  
MODELO DE  
CASEROS**



# SOLICITUD DE RECETAS

Día

Mes

Año

Nombre y apellido:

DNI:

Obra Social:

Teléfono:

N° Socio:

Médico tratante:

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Nombre droga (genérico)

\_\_\_\_\_

Nombre comercial

\_\_\_\_\_

Cantidad de comprimidos y/o presentación

\_\_\_\_\_

Cantidad de cajas

\_\_\_\_\_

Dejo constancia que la medicación arriba indicada deberá ser prescrita por el médico tratante.

Firma paciente: .....