

## 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: \_\_\_\_\_

Mail de contacto de médico tratante: \_\_\_\_\_

Tel. de contacto de médico tratante: \_\_\_\_\_

.....  
*Firma y sello del médico tratante**Para 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 de contacto: \_\_\_\_\_ E-mail de contacto: \_\_\_\_\_

### ENVIAR MEDICACIÓN A: (marcar lo que corresponde)

Federada Farmacia Sucursal

Localidad

Usuario de recepción: \_\_\_\_\_