RECETARIO DE PRESCRIPCIÓN

Sr. Profesional: el presente recetario permite prescribir como máximo 3 (tres) medicamentos, en caso de requerir mayor cantidad de especialidades, deberá utilizar un nuevo recetario.

N° de afiliado: ..... N° DNI: .....

Apellido y nombres: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Fecha: .....

	Droga (nombre genérico)	Forma	Potencia/ Dosis	Dosis diaria	Duración tratamiento	Reservado para Auditoría de Care Salud
1						
2						
3						

Vencimiento: / / .
(a completar por Care Salud)

Firma y sello médico

Care Salud

RECETARIO DE PRESCRIPCIÓN

Sr. Profesional: el presente recetario permite prescribir como máximo 3 (tres) medicamentos, en caso de requerir mayor cantidad de especialidades, deberá utilizar un nuevo recetario.

N° de afiliado: ..... N° DNI: .....

Apellido y nombres: .....

Edad: ..... Sexo: ..... Fecha: .....

	Droga (nombre genérico)	Forma	Potencia/ Dosis	Dosis diaria	Duración tratamiento	Reservado para Auditoría de Care Salud
1						
2						
3						

Vencimiento: / / .
(a completar por Care Salud)

Firma y sello médico

Care Salud