

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA REPETICIÓN  
DE RECETAS PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS**



**DATOS DEL BENEFICIARIO**

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>					
<b>Nº DE AFILIADO</b>		<b>C. PAR.</b>			
<b>EDAD</b>		<b>SEXO</b>		<b>TELÉFONO</b>	
<b>DOMICILIO</b>					
<b>E-MAIL</b>					

**MÉDICO SOLICITANTE**

<b>APELLIDO Y NOMBRE</b>	
<b>MATRÍCULA</b>	
<b>ESPECIALIDAD</b>	
<b>TELÉFONO</b>	

	<b>DIAGNÓSTICO</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>NOMBRE GENÉRICO</b>	<b>FORMA FARMAC. (mg - ml)</b>	<b>Miligramos - Mililitros por día</b>	<b>Validez (meses)(*)</b>
1						
2						
3						
4						
5						

(\*) Máxima 12 meses.-

**OBSERVACIONES**

--

<b>LUGAR Y FECHA</b>	<b>FIRMA Y SELLO MÉDICO SOLICITANTE</b>	<b>FIRMA Y SELLO AUDITOR MÉDICO - CAJA ING. ROS</b>	<b>FIRMA Y SELLO CARGA DE DATOS - CAJA ING. ROS.</b>