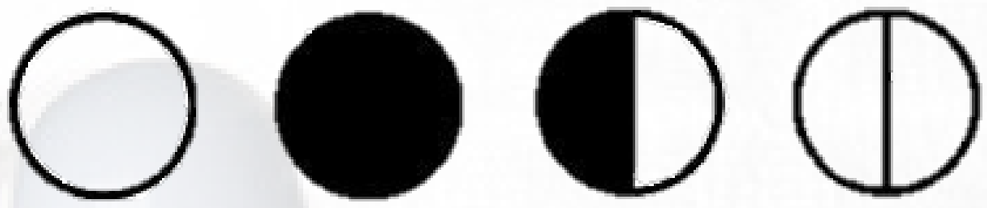
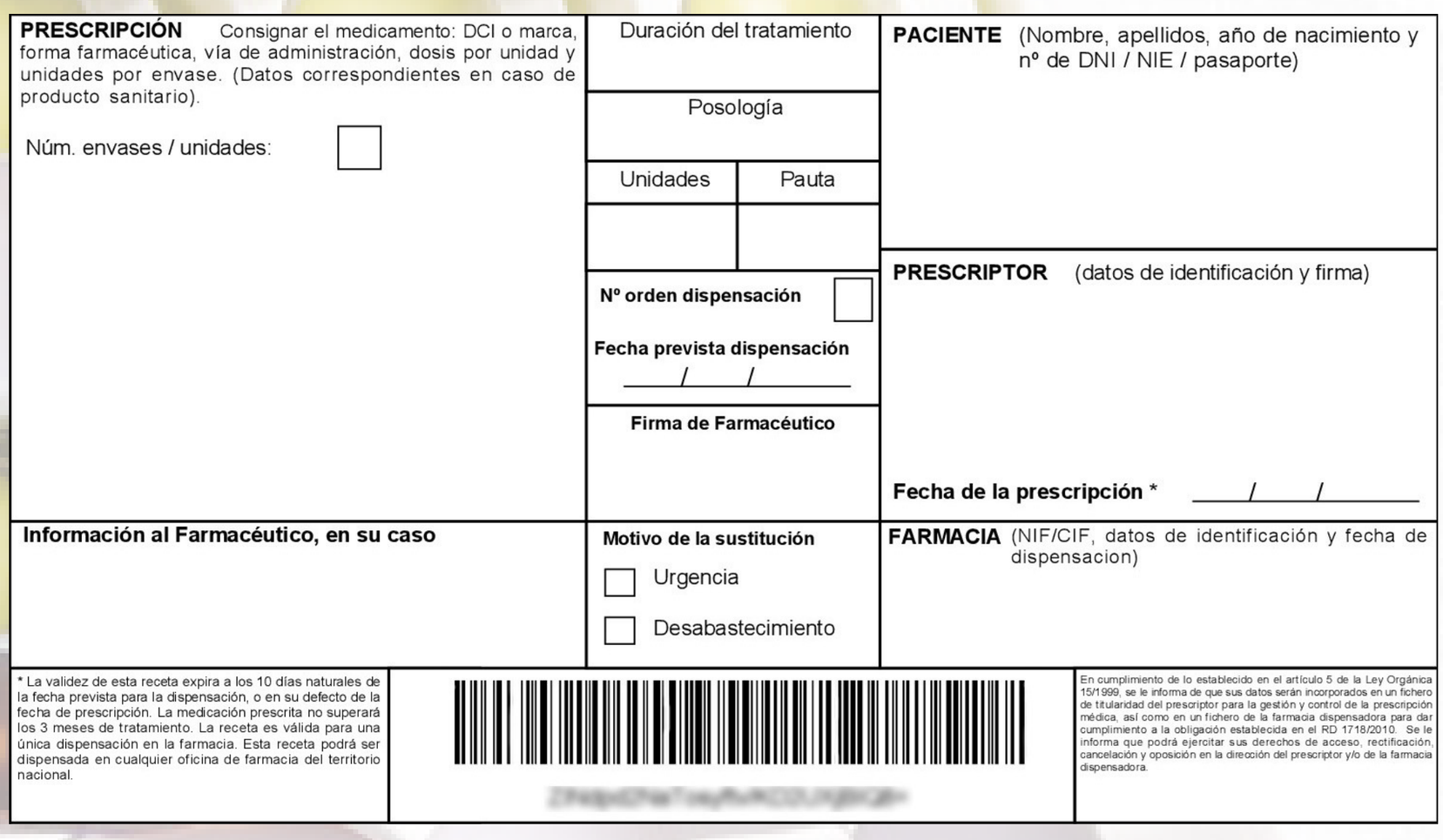
RECUERDA: CON CÍRCULO, SIEMPRE RECETA

SI VES ALGUNO DE ESTOS SÍMBOLOS, NECESITA RECETA





PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).

Núm. envases / unidades:

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 / pasaporte)

PRESCRIPTOR (datos de identificación 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 dispensacion)

* 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 dispensada 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 solicites sin receta medicamentos que sí la necesitan

Medicamentos seguros y efectivos para todos

Ante cualquier duda, consulte a su farmacéutico

Colegio Oficial de Farmacéuticos TOLEDO