

Nº de receta

Nº de receta

Nº de receta

Nº de control

Nº de control

Nº de control

HOSPITAL

HOSPITAL

HOSPITAL

SERVICIO

SERVICIO

SERVICIO

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

FECHA

DR.

M.P. Firma del Médico

FECHA

DR.

M.P. Firma del Médico

FECHA

DR.

M.P. Firma del Médico

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

FECHA

DR.

M.P.

Firma del Médico

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

FECHA

DR.

M.P.

Firma del Médico

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

Paciente:
DNI / H.C.

Rp':
Dosis:

FECHA

DR.

M.P.

Firma del Médico