

RECETA CRONICOS

Resolución 310

Nº AFILIADO D.N.I. APELLIDO NOMBRE

Droga (principio activo) *	Sugerencia Marca Comercial	Presentación	Dosis diaria (mg, mcg, U.I., etc)	Cantidad Mensual

*** En caso de psicofármacos, debe presentarse duplicado mensual en original**Validez de la receta (mientras no se modifique el tratamiento)Hasta

Máximo 6 meses

 Meses

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL
PROFESIONAL MÉDICO