

RECETA CRONICOS

Resolución 310

N° 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