

SOLICITUD DE RECETA

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Diagnóstico emitido por su médico: _____

Año de diagnóstico: _____

Nombre de su médico tratante: _____

Matrícula profesional: _____

Contacto de su médico tratante: _____

COMPLETE EL CUADRO CON LO SOLICITADO (SE MUESTRA EJEMPLO PARA GUÍA*)

PRODUCTO	MARCA	DOSIS	COMPRESOS/ENVASE	CANTIDAD
*insulina	Novorapid flexpen	100 ui	5 cartuchos	1 caja
*Tiras reactivas	Accu-check guide		25 tiras	1 envase
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____