

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE RECETA DE ANTICONCEPCIÓN

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Nombre de su médico tratante: _____

Matrícula profesional: _____

Contacto de su médico tratante: _____

COMPLETE EL CUADRO CON MEDICACIÓN INDICADA (SE MUESTRA EJEMPLO PARA GUÍA)

EJEMPLO	MARCA	COMPRIMIDOS	CANTIDAD
	SECRET 28	30	1 caja
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____