

ESTIMADO PACIENTE: para solicitar **RECETAS** ponemos a su disposición este formulario en el cual usted debe especificar, en letra imprenta, los siguientes datos:

DATOS DEL PACIENTE:

- | | |
|--|-------|
| - Apellido y nombres: | Edad: |
| - Obra social: | DNI: |
| - Número de Afiliado: | |
| - (Sólo afiliados a OSEP): últimos 4 dígitos del carnet: | |
| - Domicilio: | |

DATOS DE LA MEDICACIÓN:

- | |
|---|
| - Droga générica - Nombre comercial - Dosis (mg) - Cantidad de comprimidos del envase |
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |
| - |

IMPORTANTE:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Podrán solicitarse únicamente recetas de medicaciones cardiológicas que consten en la historia clínica de este consultorio.- Podrán solicitarse, en caso de necesidad, recetas hasta por 3 meses consecutivos, debiendo especificar esto junto al medicamento solicitado.- Para retirar las recetas es condición indispensable presentar el carnet de afiliado de la obra social o prepaga del titular de las recetas, sin excepción.- Las recetas podrán retirarse en horario de atención al público, a partir de los 5 días de la solicitud.- Se sugiere conservar este formulario completado y en buen estado para ser utilizado nuevamente cada vez que usted solicite recetas, mientras no cambien las medicaciones o dosis.- Se informa que existe también a su disposición el sistema de solicitud de recetas por vía e-mail a recetacardiologia@yahoo.com.ar enviando los mismos datos que en este formulario. |
|--|