

**PRESCRIPCIÓN MEDICA PARA REPETICIÓN DE  
RECETAS DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

Apellido y nombre del asociado .....Nº .....

Fecha: Día .....Mes ..... Año.....

<i>MONODROGA</i>	<i>PRODUCTO</i>	<i>DOSIS DIARIA</i>
1.....	1.....	1.....
2.....	2.....	2.....
3.....	3.....	3.....
4.....	4.....	4.....
5.....	5.....	5.....
6.....	6.....	6.....

Duración del tratamiento  
.....

Historia clínica .....  
.....  
.....  
.....  
.....

NOTA: vencido el plazo probable de duración de tratamiento; la farmacia no venderá ninguna medicación. El socio debe realizar nuevamente el trámite.

-----  
Firma. Sello y matrícula del médico tratante.  
.....  
.....