



**DEPARTAMENTO
EMPRESARIO
DE MEDICINA INTEGRAL**
San Juan 2152 – Rosario
426 2829/ 440 1222

Fundado en
1965
Federación
Gremial

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

Apellido y nombre del asociadoNº

Fecha: DíaMes 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.

.....

.....

Aceptación de Auditoria DEMI