



Validez 10 días

SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL RECETA UNICA

0000000001

Fecha de Prescripción

Día /Mes /Año

Datos paciente

Nombres _____

Apellidos _____

NSS _____

Edad _____ Sexo: M F No. Ficha Familiar _____

Sello ARS/ARL

ARS/ARL : _____

Datos Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud _____ Código _____

Nombre Medicamentos

Posología, Duración del Tratamiento

Cantidad

1- _____

2- _____

3- _____

Datos del Médico

Número de colegiación _____

Código _____

Nº CIDC _____

Firma del Médico _____

Datos del Establecimiento Farmacéutico

Nombre _____ Nºhabilitación _____

Nombre del farmacéutico _____

Exequatur _____ Fecha de Entrega _____

Firma del farmacéutico _____

Nº autorización _____

Firma del Paciente _____ Cédula _____