



Col·legi Oficial de Metges

Illes Balears

Nº de Receta / 07-101



Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos de España

**RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA / RECEPTE MÈDICA PER ASSISTÈNCIA SANITÀRIA PRIVADA**

<b>RECETA MÉDICA PRIVADA / RECEPTE MÈDICA PRIVADA</b>	<b>PRESCRIPCIÓN / PRESCRIPCIÓ</b> Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en su caso de producto sanitario) / Consigneu el medicament: DCI o marca, forma farmacèutica, via d'administració, dosi per unitat i unitats per envàs. (Dades corresponents, si escau, producte sanitari)	Duración del tratamiento / Durada	<b>PACIENTE</b> (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / Pasaporte) / <b>PACIENT</b> (Nom, cognoms, any de naixement i número de DNI / NIE / Passaport)	
	Nº envases/unidades: / Nº envasos / unitats: <input type="text"/>	Posología / Posologia		
		Unidades / Unitats	Pauta/Pauta	<b>PRESCRIPTOR</b> (Nombre, apellidos, nº colegiado, especialidad, dirección, población y firma) / <b>PRESCRIPTOR</b> (Nom, cognoms, núm. Col·legiat, especialitat, direcció, població i signatura)  Dr. P[ ( à\^À Áq \^ ]ã[ • È Núm. Colegiado / Núm. Col·legiat: 070700000 Ò] ^&#233; È Òá^&#233; È ÒÚ] &#233; È
		<b>Nº. Orden dispensación / N</b> <input type="text"/>		
		<b>Fecha prevista dispensación / Data</b> ____ / ____ / ____		
		<b>Firma de Farmacéutico / Signatura del farmacèutic</b>		<b>Fecha de la prescripción* / Data de la prescripció*</b> ____ / ____ / ____
<b>Información al farmacéutico, en su caso / Informació al farmacèutic, si s'escau</b>	<b>Motivo de la sustitución: / Motiu de</b> <input type="checkbox"/> Urgencia / Urgència <input type="checkbox"/> Desabastecimiento / Desproveïment		<b>FARMACIA</b> (NIF / CIF, datos de identificación y fecha de dispensación) / <b>FARMÀCIA</b> (NIF / CIF, dades d'identificació i data de dispensació)	
*La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para la dispensación, o en su defecto de la fecha de prescripción. La medicación prescrita no superará los 3 meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia. Esta receta podrá ser dispensación en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional. / * La validesa d'aquesta recepta expira als 10 dies naturals de la data prevista per a la dispensació, o, si no de la data de prescripció. La medicació prescrita no superarà els 3 mesos de tractament. La recepta és vàlida per a una única dispensació a la farmàcia. Aquesta recepta es pot dispensar en qualsevol oficina de farmàcia del territori nacional.		En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora. En compliment del que estableix l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, se l'informa que les seves dades seran incorporades en un fitxer de titularitat del prescriptor per a la gestió i control de la prescripció mèdica, així com en un fitxer de la farmàcia dispensadora per a complir l'obligació que estableix el RD 1718/2010. Se l'informa que podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en la direcció del prescriptor i / o de la farmàcia dispensadora.		
		lfOuL47fs1ZZSZlh3/lauQ5NbTk=		



Col·legi Oficial de Metges

Illes Balears

Nº de Receta / 07-101



Consejo General de Colegios  
Oficiales de Médicos de España

**RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA / RECEPTE MÈDICA PER ASSISTÈNCIA SANITÀRIA PRIVADA**

<b>INFORMACIÓN AL PACIENTE - ASISTENCIA PRIVADA / INFORMACIÓ AL PACIENT - ASSISTÈNCIA PRIVADA</b>	<b>PRESCRIPCIÓN / PRESCRIPCIÓ</b> Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en su caso de producto sanitario) / Consigneu el medicament: DCI o marca, forma farmacèutica, via d'administració, dosi per unitat i unitats per envàs. (Dades corresponents, si escau, producte sanitari)	Duración del tratamiento / Durada	<b>PACIENTE</b> (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / Pasaporte) / <b>PACIENT</b> (Nom, cognoms, any de naixement i número de DNI / NIE / Passaport)	
	Nº envases/unidades: / Nº envasos / unitats: <input type="text"/>	Posología / Posologia		
		Unidades / Unitats	Pauta / Pauta	<b>PRESCRIPTOR</b> (Nombre, apellidos, nº colegiado, especialidad, dirección, población y firma) / <b>PRESCRIPTOR</b> (Nom, cognoms, núm. Col·legiat, especialitat, direcció, població i signatura)  Dr. P[ ( à\^À Áq \^ ]ã[ • È Núm. Colegiado / Núm. Col·legiat: 070700000 Ò] ^&#233; È Òá^&#233; È ÒÚ] &#233; È
		<b>Nº. Orden dispensación / N.º. Ordre dispensació</b> <input type="text"/>		
		<b>Fecha prevista dispensación / Data prevista dispensació</b> ____ / ____ / ____		
		<b>Firma de Farmacéutico / Signatura del farmacèutic</b>		<b>Fecha de la prescripción* / Data de la prescripció*</b> ____ / ____ / ____
<b>Diagnóstico/s (si procede) / Diagnòstic / s (si escau)</b>	<b>Instrucciones al paciente (si procede) / Instruccions al pacient (si escau)</b>		<b>FARMACIA</b> (NIF / CIF, datos de identificación y fecha de dispensación) / <b>FARMÀCIA</b> (NIF / CIF, dades d'identificació i data de dispensació)	
El paciente conservará este documento de información durante el periodo de validez del tratamiento. / El pacient conservarà aquest document d'informació durant el període de validesa del tractament.		En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa de que sus datos serán incorporados en un fichero de titularidad del prescriptor para la gestión y control de la prescripción médica, así como en un fichero de la farmacia dispensadora para dar cumplimiento a la obligación establecida en el RD 1718/2010. Se le informa que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la dirección del prescriptor y/o de la farmacia dispensadora. En compliment del que estableix l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, se l'informa que les seves dades seran incorporades en un fitxer de titularitat del prescriptor per a la gestió i control de la prescripció mèdica, així com en un fitxer de la farmàcia dispensadora per a complir l'obligació que estableix el RD 1718/2010. Se l'informa que podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició en la direcció del prescriptor i / o de la farmàcia dispensadora.		
		lfOuL47fs1ZZSZlh3/lauQ5NbTk=		