



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL  
DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

RECETA AMBULATORIA

FECHA DE PRESCRIPCIÓN			NÚMERO DE BENEFICIARIO								EDAD	SEXO		CAT.	
													M	F	

00363847 \*

APELLIDO Y NOMBRES

NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA	N° DE UNIDADES	
Rp. 1		NROS.	LETRAS

NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA	NROS.	LETRAS
Rp. 2			

DIAGNÓSTICO RP. 1	DIAGNÓSTICO RP. 2

SELLO INSTITUCIÓN	FIRMA FACULTATIVO - SELLO ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA

SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO DE MARCA	
Rp. 1	Rp. 2

CONSENTIMIENTO DEL ADQUIRIENTE EN CASO DE SUSTITUCIÓN	FIRMA PACIENTE	ACLARACIÓN DE FIRMA DEL PACIENTE

DELEGACIÓN: \_\_\_\_\_

PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICACIÓN	CODIGO O.S. 1-1410-9
------------------------------------	-------------------------

MÉDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN	SERIE	RECETA NRO.

FECHA DE DISPENSACIÓN			CÓDIGO DE FARMACIA	NRO. DE ORDEN
DÍA	MES	AÑO		

CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.
CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.

Certifico entrega de los medicamentos facturados	TOTAL RECETARIO
	A CARGO BENEF.
	A CARGO O.S.

Firma Farmacéutico	Sello Farmacéutico	TIPO DOC.	BENEF.	3° INTERV.	NRO. DOC.

FIRMA CONFORME

ACLARACIÓN

DOMICILIO

RÓTULO 1

RÓTULO 2

RÓTULO 3