

## AUTORIZACION PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

Recomendado para los medicamentos y productos sanitarios que precisan del mismo para visado de recetas

Nombre y Apellidos del Facultativo \_\_\_\_\_

Nº de Colegiado \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Nº de Afiliación \_\_\_\_\_

Posología: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamiento Prescrito: \_\_\_\_\_

Duración del Tratamiento: \_\_\_\_\_

Este informe tendrá validez durante el tiempo de tratamiento señalado en el mismo. Si no se especificara éste o fuera por tiempo indefinido, se considerará válido durante 12 meses.

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

Informe de Inspector o Asesor médico, si procede

FAVORABLE

DESFAVORABLE

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_