



**APELLIDOS :** \_\_\_\_\_  
**NOMBRE :** \_\_\_\_\_ **Hª CLÍNICA :** \_\_\_\_\_  
**DIAGNÓSTICO :** \_\_\_\_\_ **SERVICIO CLÍNICO :** \_\_\_\_\_  
**MÉDICO PRESCRIPTOR :** \_\_\_\_\_ **COLEGIADO Nº :** \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO**     INICIO                       CONTINUACIÓN

**FECHA DE PRESCRIPCIÓN :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      **PRÓXIMA REVISIÓN :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MEDICAMENTO	Posología	Fecha dispensación	Dispensación	Lote/Cad	Firma farmacéutico

**FIRMA Y OBSERVACIONES DEL MÉDICO:**