

RECETA DE MEDICAMENTOS

SECCION A. Información que debe ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR: _____
1ER NOMBRE 2DO NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____
1ER NOMBRE 2DO NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(sin guiones)

SECCION B. Información que debe ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE CONSULTA: _____ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD: _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI FECHA _____ NO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

No. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE
 COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PUEDEN RECETAR MEDICAMENTOS, DE LO CONTRARIO DEBERÁ PAGAR EL 100% DE LA CUENTA.
****ESTA RECETA TIENE 10 DIAS HÁBILES PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN****

