

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) DPI:

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 NO FECHA _____

Despachado	<p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>DOSIS: _____ CADA _____ HORAS</p> <p>DURANTE <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO</p>
Despachado	<p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>DOSIS: _____ CADA _____ HORAS</p> <p>DURANTE <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO</p>
Despachado	<p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>DOSIS: _____ CADA _____ HORAS</p> <p>DURANTE <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO</p>
Despachado	<p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>DOSIS: _____ CADA _____ HORAS</p> <p>DURANTE <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO</p>
Despachado	<p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____</p> <p>DOSIS: _____ CADA _____ HORAS</p> <p>DURANTE <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> SEMANAS <input type="text"/> MESES <input type="text"/> INDEFINIDO</p>

No. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE

- PARA EL PACIENTE:**
- * Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
 - * Para consultar proveedores visite nuestra página www.elroble.com, APP o bien consulte con su corredor de seguros.
 - * Recuerde que la receta tiene vigencia **30 días hábiles** para trámite de autorización.
- PARA EL MÉDICO:**
- * Indicar el número de medicamentos ordenados y anular los campos que no utilice
 - * Ordenar únicamente medicamentos relacionados con el diagnóstico

VER AL DORSO INSTRUCCIONES MEDIEXPRESS