

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA CÓDIGO DE RECETA			
RECETA MÉDICA PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).	Duración del tratamiento		Paciente: Apellido1 Apellido2, Nombre Fecha Nac.: 21/01/2020 Dni/Pass: 00000000T Prescriptor: Dr./Dra: ApeDoctor1 ApeDoctor2, NombreDoctor1 Num. colegiado: 282859761 Esp. Med.: Fecha de la prescripción: 06/05/2020 Farmacia: (NIF/CIF Datos de identificación y fecha de dispensación)
	5		
	Posología		
	Unidades	Pauta	
	100 mg	C/4	
	Nº orden dispensación: 1		
	Fecha prevista dispensación: 07/05/2020		
	Vía de admin: ORAL		
	Información al farmacéutico (y visado en su caso):		
Sustituyo por: _____ Motivo de la sustitución: <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Desabastecimiento <input type="checkbox"/> Precio de referencia			
La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación o en su defecto de la fecha de la prescripción. La medicación prescrita no superará los tres meses de tratamiento. La receta es válida para una única dispensación en la farmacia.		Firma del farmacéutico:	
Separar la parte de la receta correspondiente a INFORMACIÓN DEL PACIENTE por la línea punteada y entregue al farmacéutico sólo la parte superior de este impreso. Conserve la parte inferior del impreso durante el período de validez del tratamiento.			

Fecha aplicación: Octubre 2018

Rev. 4

I-GHM-DG-10/546

RECETA MÉDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA CÓDIGO DE RECETA			
INFORMACIÓN AL PACIENTE PRESCRIPCIÓN (Consignar el medicamento, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase).	Duración del tratamiento		Paciente: Apellido1 Apellido2, Nombre Fecha Nac.: 21/01/2020 Dni/Pass: 00000000T Prescriptor: Dr./Dra: ApeDoctor1 ApeDoctor2, NombreDoctor1 Num. colegiado: 282859761 Esp. Med.: Fecha de la prescripción: 06/05/2020
	5		
	Posología		
	Unidades	Pauta	
	100 mg	C/4	
	Nº orden dispensación: 1		
	Fecha prevista dispensación: 07/05/2020		
	Vía de admin: ORAL		
	Diagnóstico/s (si procede): Sin diagnóstico		
Instrucciones al paciente (si procede): Tomar con un protector de estómago.		- Complete el tratamiento hasta el final según las instrucciones de su médico. - Si cree notar algún efecto adverso, consulte a su médico o farmacéutico. - No tome otros medicamentos por su cuenta sin consultar a su médico o farmacéutico.	
El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento.		Responsable - HM HOSPITALES 1989, S.A. Finalidad - Prestarle el servicio de asistencia sanitaria en nuestros centros hospitalarios, así como finalidades derivadas de dicha prestación. Legitimación - El tratamiento de datos está basado en el consentimiento del paciente o su representante legal. Conservación - Los datos sanitarios serán conservados durante los plazos mínimos exigidos por la normativa sanitaria estatal o autonómica. Destinatarios - Podrán cederse datos a otras empresas vinculadas a HM HOSPITALES para ejecutar correctamente sus funciones. Igualmente podrán cederse datos personales a terceras entidades con las que HM HOSPITALES tenga un convenio suscrito (más información en www.hmhospitales.com/Política de Privacidad). En cualquier otro supuesto, no está prevista ninguna otra cesión a terceros salvo que medie al efecto obligación legal o requerimiento judicial. Derechos - Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional. Procedencia de datos - Los datos personales identificativos y relativos a antecedentes y atención sanitaria recibida con anterioridad, pueden proceder de los servicios sanitarios que le hayan atendido con anterioridad, familiares y/o acompañantes u otros profesionales sanitarios independientes/externos. Información Adicional - Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra Política de Privacidad: www.hmhospitales.com	

Separar la parte de la receta correspondiente a **INFORMACIÓN DEL PACIENTE** por la línea punteada y entregue al farmacéutico sólo la parte superior de este impreso. Conserve la parte inferior del impreso durante el período de validez del tratamiento.

Fecha aplicación: Octubre 2018

Rev. 4

I-GHM-DG-10/546