



Consejo Profesional de Ciencias Económicas Provincia  
de Santa Fe Cámara I

San Lorenzo 1849 | Tel./Fax: (0342) 459-3450 | (3000) Santa Fe

**PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA REPETICIÓN DE RECETAS EN ENFERMOS  
CRÓNICOS Y/O TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

Apellido y Nombre del afiliado: .....Nº .....

Fecha: Día ..... Mes ..... Año .....

Información Clínica: .....

.....  
.....  
.....  
.....

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

DOSIS DIARIA

1.....

1.....

2.....

2.....

3.....

3.....

4.....

4.....

5.....

5.....

6.....

6.....

Lapso probable de duración del tratamiento: .....

.....

NOTA: Se solicita integrar este formulario a máquina o con letra tipo imprenta.

.....  
Nº Matrícula

.....  
Aclaración de Firma

.....  
Firma del Médico

---

**NO LLENAR – PARA USO INTERNO DEL DEPARTAMENTO**

.....  
.....  
.....

Fecha: ...../...../.....

Vence el: .....

MEDICO: