

RECEITA MÉDICA	PRESCRICIÓN: (Consignar o produto. En caso de medicamento: DCI ou marca, forma farmacéutica, vía de administración, dose por unidade, número de unidades por envase) DPS <input type="text" value="Nº env"/>	POSOLOXÍA (Unidades de dosificación, intervalo terapéutico) Duración tratamento N.º orde dispensación <input type="checkbox"/> Data prevista dispensación <input type="text" value="___/___/___"/>	PACIENTE (Nome, apelidos, ano de nacemento, número de identificación)
	NON VÁLIDO PARA FACTURACIÓN	FARMACIA (Datos de identificación, data de dispensación e sinatura do farmacéutico)	Prescritor/a (Datos de identificación e sinatura) Data de prescripción ___ / ___ / ___
		Substitúo por e motivo da substitución: Urgencia Desabastecemento	
		Data e sinatura do farmacéutico ___ / ___ / ___	Advertencias para o farmacéutico

A validez desta receita expira aos 10 días naturais da data prevista para a dispensación e, no seu defecto, da data da prescripción, e só será válida se está impresa en papel de seguridade, que incorpora medidas que garanten a súa autenticidade. A medicación prescrita non superará os tres meses de tratamento. A receita é válida para unha única dispensación na farmacia. En cumprimento do artigo 5 da Lei orgánica 15/1999 informámolo/a de que estes datos serán incorporados ao arquivo do Servizo Galego de Saúde, como órgano responsable deles, para a xestión e control do historial farmacoterapéutico. Pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante o Servizo Galego de Saúde no Edificio Administrativo de San Lázaro, s/n - 15707 Santiago de Compostela.



INFORMACIÓN AO PACIENTE	PRESCRICIÓN: (Consignar o produto. En caso de medicamento: DCI ou marca, forma farmacéutica, vía de administración, dose por unidade, número de unidades por envase) DPS <input type="text" value="Nº env"/>	POSOLOXÍA (Unidades de dosificación, intervalo terapéutico) Duración tratamento N.º orde dispensación <input type="checkbox"/> Data prevista dispensación <input type="text" value="___/___/___"/>	PACIENTE (Nome, apelidos, ano de nacemento, número de identificación)
	DIAGNÓSTICO (Se procede)		Prescritor/a (Datos de identificación e sinatura) Data de prescripción ___ / ___ / ___
	INSTRUCCIÓN PARA O PACIENTE (Se procede)		

O paciente conservará este documento de información durante o período de validez do tratamento. En cumprimento do artigo 5 da Lei orgánica 15/1999 informámolo/a de que estes datos serán incorporados ao arquivo do Servizo Galego de Saúde, como órgano responsable deles, para a Xestión e control do historial farmacoterapéutico. Pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición ante o Servizo Galego de Saúde no Edificio Administrativo de San Lázaro, s/n - 15707 Santiago de Compostela.