



Producto Exclusivo de:



Verificación Electrónica No. _____

Fecha: _____

RECETA DE MEDICAMENTOS

A. Información a ser completada por el paciente

Correo (s) Electrónico para enviar autorización _____

Teléfono (s) para confirmar la autorización: _____

Fax (es) para enviar autorización: _____

B. Información a ser completada por el Médico Tratante

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

EMPRESA / PLAN _____ FECHA INICIO INCAPACIDAD _____

CARNET

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

(sin guiones)

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

No. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

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 Y PRESENTAR RECLAMO CONVENCIONAL

****ESTA RECETA TIENE 10 DIAS HÁBILES PARA TRAMITE DE AUTORIZACIÓN****

VER OBSERVACIONES AL REVERSO