

MODELO DE RECETA CON INFORMACIÓN MÍNIMA PARA SOLICITAR AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO INDIVIDUAL.

Nombre y dirección del Establecimiento de Salud

Centro de Salud Bienestar S.A.

Av. Ica Nº 3251 - San Martín de Porres

Nombre, apellido y edad del paciente

Nombres y Apellidos del paciente

Edad: 20 años

DIAGNÓSTICO:

Nombre del Producto (y Marca de corresponder)	Forma Cosmética	Cantidad y Forma de Presentación	Dosis (aplicación por día)	Vía	Duración del Tratamiento
1. Exfogel	Gel	01 Frasco x 20 mL.	Aplicar 2 veces al día (mañana y noche)	Tópica	1 mes
2. HumectaCrem	Crema	01 Pote x 250 gr.	Aplicar 2 veces al día (mañana y noche)	Tópica	1 mes
3. Jabón Dermal	Barra	01 caja x 1 barra	Lavarse 2 veces al día (mañana y noche)	Tópica	1 mes

Nombre y Nº de Colegiatura del profesional

Sello, firma y colegiatura del Profesional

Lugar, fecha de expedición de la receta

Lima, 23 de Enero del 2015

Nota: La receta debe consignar el Diagnóstico que sustente el tratamiento Individual.

Cabe señalar que esta información es mínima, el médico podrá incluir información adicional que crea conveniente.