



Dirección General
de Medicamentos, Insumos y Drogas

Logo de la Entidad	Nombre del establecimiento de salud			
<u>RECETA UNICA ESTANDARIZADA</u> INDICACIONES				
Nombres y Apellidos _____				
Producto farmacéutico o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
Sello/Firma/Cod. Profesional _____		Fecha de atención _____		Válido hasta _____