

**Prescripció**  
(Consigui-hi el producte. En cas de medicament, consigneu-hi la DCI o la marca, forma farmacèutica, via d'administració, dosi unitària, nombre d'unitats per envàs)

**Durada del tractament**

**Posologia**

**unidades/presa**

**cada** \_\_\_\_\_ **hores.**

15 envàs  
3  
14.710

*Reserves  
tratadas*

**Pacient** (cognoms i nom, any de naixement, domicili i número d'identificació)

Eduarda Pouinsu  
Rusoro

**Farmàcia** (dades d'identificació, data de dispensació i signatura)

**Metge** (dades d'identificació, data de prescripció i signatura)

Román Pousos, Ana M.  
Núm. de colegiació 06203127  
C/Alfonso Rodríguez i Cornuella  
10001 - 10001 - 10001

9 FEB. 1994

Cos de la recepta

(Val l'envàs)

BA 11272811 52

\* Aquesta recepta caduca als deu dies. No és vàlida amb esmenes o raspadures. El beneficiari pot adquirir els medicaments prescrits a qualsevol farmàcia.



ENFERMEDAD COMUN O ACCIDENTE NO LABORAL

Sistema Nacional de Salud

**PRESCRIPCION**  
(Consiguar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, via administración, dosis por unidad, número unidades por envase)

**DPS**  
N.º env.

VACUNA DE ENCINSA  
VIENTE o PRIBIOS  
Reg 17.926

**Duración tratamiento**

**Posología:**

\_\_\_\_\_ **Unidades/toma**

**Cada** \_\_\_\_\_ **horas**

**PACIENTE** (Nombre, apellidos, año de nacimiento, número de identificación)

Jose Tejedor Galindo  
1929

**FARMACIA** (Datos de identificación, fecha dispensación y firma)

**MEDICO** (Datos de identificación, fecha prescripción y firma)

Dr. Alfonso Ramón Galindo  
Colegiado Núm. 3636-8  
Asturias  
Firma [Signature] 34.5.91

CUERPO DE LA RECETA

CUPONES PRECINTO

— Esta receta caduca a los DIEZ DIAS. No será válida con enmiendas o raspaduras.  
— El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.

AAO 0108415 65



RECETA OFICIAL

**Dps/**

Varios envases  
de Entinas Correnty

**INSTRUCCIONES**

Un solo envase por receta, salvo excepciones indicadas en las "Normas de Prescripción"

**N.º de afiliación**

**ENFERMO**  
Nombre y apellidos

Francisco Tejedor  
Fernandez

**Sello o nombre, n.º de colegiado, fecha y firma**

[Signature]