



RECETARIO OFICIAL PARA INTERNACIÓN

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Apellido y Nombre	Recetario N°
Afiliado N° D.N.I.	Vencimiento <input type="text" value=" / /"/>
Orden de internación	

La formulación terapéutica deberá ser prevista para 24 hs. y es válida previa autorización de Auditoría Médica.

Fecha de Prescripción	N° Beneficiario	Categoría		Diagnóstico	
Apellido y Nombre del Paciente			Sexo	Edad	
Lugar de Internación (institución)			Habitación	Cama	

Tipo de Internación	
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> UTP
<input type="checkbox"/> Quirúrgica	<input type="checkbox"/> UCO
<input type="checkbox"/> Domiciliaria	<input type="checkbox"/> UTI
Fecha de Venta	

MEDICACIÓN POR 24 HS. DE TRATAMIENTO

Prescripción (<i>letra clara</i>)	CANTIDAD		CANTIDAD AUTORIZADA		CANTIDAD ENTREGADA	
	N°	Letras	N°	Letras	N°	Letras
Rp 1						
Dosis diaria						
Rp 2						
Dosis diaria						
Rp 3						
Dosis diaria						
Rp 4						
Dosis diaria						
Rp 5						
Dosis diaria						
Rp 6						
Dosis diaria						
Rp 7						
Dosis diaria						
Rp 8						
Dosis diaria						

MATERIAL DESCARTABLE POR 24 HS.

Prescripción (<i>letra clara</i>)	CANTIDAD		CANTIDAD AUTORIZADA		CANTIDAD ENTREGADA	
	N°	Letras	N°	Letras	N°	Letras
Rp 1						
Rp 2						
Rp 3						
Rp 4						
Rp 5						
Rp 6						
Rp 7						
Rp 8						

SOLUCIONES PARENTERALES POR 24 HS

Prescripción (<i>letra clara</i>)	CANTIDAD		CANTIDAD AUTORIZADA		CANTIDAD ENTREGADA	
	Nº	Letras	Nº	Letras	Nº	Letras
Rp 1						
Dosis diaria						
Rp 2						
Dosis diaria						
Rp 3						
Dosis diaria						
Rp 4						
Dosis diaria						
Rp 5						
Dosis diaria						
Rp 6						
Dosis diaria						

	Nº	Letras
Cantidad Total de Medicación Entregada		
Cantidad Total de Descartables Entregados		
Cantidad Total de Soluciones Parentales Entregadas		

Observaciones: _____

Certifico que la medicación prescripta corresponde al paciente

firma y sello del Médico - MP.

Certifico la entrega de los medicamentos facturados

firma y sello del Farmacéutico

Espacio reservado para auditoría de D.A.M.S.U. SAN JUAN

firma y sello del Médico Auditor

CONFORMIDAD DE ENTREGA

Afiliado 3^{er} interviniente

firma: _____

aclaración:

tipo y n° de documento:

Domicilio:
