

# RECETA DE MEDICAMENTOS



**IMPORTANTE:** Complete las casillas que se requieren con letra de MOLDE LEGIBLE y CLARA. No se aceptarán recetas en las que no se indique **dosis y frecuencia** así como la **duración del tratamiento**. Tampoco se aceptarán formularios con tachones, alteraciones o enmiendas. Vea instrucciones al dorso.

ID del Asegurado:  Nombre de la Empresa Contratante:

Nombre completo del Paciente  Edad:

Diagnóstico:  Fecha inicio enfermedad (dd/mm/aa):   
N° Medicamentos recetados:

Nombre del Medicamento:  Nombre genérico:   
Dosis y frecuencia:  Duración tratamiento:  días  
 semanas  
 meses  
 indefinido  
Observaciones:

Nombre del Medicamento:  Nombre genérico:   
Dosis y frecuencia:  Duración tratamiento:  días  
 semanas  
 meses  
 indefinido  
Observaciones:

Nombre del Medicamento:  Nombre genérico:   
Dosis y frecuencia:  Duración tratamiento:  días  
 semanas  
 meses  
 indefinido  
Observaciones:

Nombre del Medicamento:  Nombre genérico:   
Dosis y frecuencia:  Duración tratamiento:  días  
 semanas  
 meses  
 indefinido  
Observaciones:

Nombre del médico:  Firma y Sello del médico:   
N° Colegiado:  Extiendo a SEGUROS UNIVERSALES, S.A. el más amplio y total finiquito por el pago que en mi nombre efectúe al Proveedor de servicios.  
Fecha (dd/mm/aa):   
Firma del asegurado: