

ÓRDEN MÉDICA
Es obligatorio completar todos los datos solicitados

Ministerio de Salud



TIPO	Receta	APELLIDO Y NOMBRE	
	Analisis		
	Estudio		

TIPO Y N° DE DOCUMENTO						EDAD	SEXO
DNI	LC	LE	PAS	CI	OTRO		Receta Analisis

PRIORIDAD				FECHA DE PRESCRIPCIÓN		
7 días	14 días	21 días	28 días	DÍA	MES	AÑO

DIAGNÓSTICO/S

Nro	Descripción	Dosis/días	Días
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firma y Sello Médico

ÓRDEN MÉDICA
Es obligatorio completar todos los datos solicitados

Ministerio de Salud



TIPO	Receta	APELLIDO Y NOMBRE	
	Analisis		
	Estudio		

TIPO Y N° DE DOCUMENTO						EDAD	SEXO
DNI	LC	LE	PAS	CI	OTRO		Receta Analisis

PRIORIDAD				FECHA DE PRESCRIPCIÓN		
7 días	14 días	21 días	28 días	DÍA	MES	AÑO

DIAGNÓSTICO/S

Nro	Descripción	Dosis/días	Días
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firma y Sello Médico

ÓRDEN MÉDICA
Es obligatorio completar todos los datos solicitados

Ministerio de Salud



TIPO	Receta	APELLIDO Y NOMBRE	
	Analisis		
	Estudio		

TIPO Y N° DE DOCUMENTO						EDAD	SEXO
DNI	LC	LE	PAS	CI	OTRO		Receta Analisis

PRIORIDAD				FECHA DE PRESCRIPCIÓN		
7 días	14 días	21 días	28 días	DÍA	MES	AÑO

DIAGNÓSTICO/S

Nro	Descripción	Dosis/días	Días
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firma y Sello Médico

ÓRDEN MÉDICA
Es obligatorio completar todos los datos solicitados

Ministerio de Salud



TIPO	Receta	APELLIDO Y NOMBRE	
	Analisis		
	Estudio		

TIPO Y N° DE DOCUMENTO						EDAD	SEXO
DNI	LC	LE	PAS	CI	OTRO		Receta Analisis

PRIORIDAD				FECHA DE PRESCRIPCIÓN		
7 días	14 días	21 días	28 días	DÍA	MES	AÑO

DIAGNÓSTICO/S

Nro	Descripción	Dosis/días	Días
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Firma y Sello Médico