

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS MÉDICAS

Esta sección debe completarla usted o el farmacéutico que despacha los medicamentos. Debe añadirse una etiqueta del medicamento con receta médica a cada receta médica. Además, incluya una copia del recibo de la farmacia junto con este formulario.

Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cantidad de recetas:	Fecha de surtido: __ / __ / ____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60, 90):	Número de Código Nacional del Medicamento (por sus siglas en inglés, NDC): _____-_____-____
Nombre del médico:	Precio/Monto pagado:	Comentarios:
Nombre de la farmacia:	Dirección de la farmacia:	
Cantidad de recetas:	Fecha de surtido: __ / __ / ____	Cantidad:
Nombre y concentración del medicamento con receta médica:	Días de suministro (30, 60, 90):	Número de NDC: _____-_____-____
Nombre del médico:	Precio:	Comentarios:

¡Importante! Se requiere una firma.

?
?
?
?

Firma: _____ **Fecha de la firma:** _____