

Formato receta cheque

 **Maria Carmen De los angeles Del rio Gonzalez**
Profesión: FARMACÉUTICOS(AS) Y QUÍMICO(A)-FARMACÉUTICOS(AS), MÉDICO(A) CIRUJANO(A)
R.U.N: 33.333.334-1 / Registro SIS N° 632876
Dirección: Huerfanos 670 piso 7 Ala Oeste QA, Iquique, Iquique, Tarapacá
Fecha de emisión: 27 de mayo, 2025


y97os-zymj9-v0deb-x22is
En caso de dudas, consulte a su Químico(a) Farmacéutico(a) o prescriptor.

RECETA CHEQUE ELECTRÓNICA

Se incluye texto de identificación del tipo de receta

Nombre Paciente: **PACIENTE PRUEBA IVAN ROL PERSONA PORTAL** R.U.N: **33.333.334-1** Edad: **27 años**
Dirección: **Dirección del paciente, Providencia, Santiago, Metropolitana de Santiago**

RP (Prescripción)

Se incluye el código del medicamento para receta cheque

metilfenidato 10 mg comprimido
Código Medicamento: 695391000167105

Se incluye el método de administración

Administrar:
Dosis: **1 comprimido** Vía de Administración: **oral** Método de Administración: **Tragar** Frecuencia: **Administrar cada 1 día** Período de Tratamiento: **Durante 30 días**

Cantidad a dispensar:
30 (treinta) unidades

Firma prescriptor: g4srdt5cx4sq8arishh6

Se incluye id de la firma del prescriptor en la prescripción

Medicamento Dispensado
aradix 10 mg comprimido (Abbott) 30 comprimidos
Cantidad dispensada: **1**

Se incluye la información del medicamento dispensado y la cantidad

Adquiriente
Nombre: **PACIENTE PRUEBA IVAN ROL PERSONA PORTAL** R.U.N: **33.333.334-1** Edad: **27 años**
Dirección: **Dirección del paciente, Providencia, Santiago, Metropolitana de Santiago**

Si la receta ya ha sido dispensada, aparece la información de la dispensación

Se incluye la información del adquiriente

Recinto de dispensación
Farmacia: **FARMACIA SANTIAGO- Local 1** Identificador: **FA03151**
Dirección: **ARTURO PRAT N° 889, Vallenar, Huasco, Atacama**

Se incluye la información del recinto de dispensación

 **PACIENTE PRUEBA MOD ROL PERSONA PORTAL**
Profesión: FARMACÉUTICOS(AS) Y QUÍMICO(A)-FARMACÉUTICOS(AS), MÉDICO(A) CIRUJANO(A)
R.U.N: 33.333.334-1 / Registro SIS N° 632876
Dirección: Huerfanos 670 piso 7 Ala Oeste QA, Iquique, Iquique, Tarapacá

Se incluye la información del profesional dispensador

Fecha dispensación: 27 de mayo, 2025

Se incluye la fecha de la dispensación