

- ✓ Datos para reembolsar receta emitida por la Unidad de Salud del Trabajador de los establecimientos.

Subdirección, departamento y establecimiento en que se emite receta medica

Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Subdirección Calidad de Vida Laboral
Unidad Salud del Trabajador
Servicio de Salud Metropolitano Norte

Dr. Rodrigo Capeda Johnson
MEDICINA GENERAL
RUT 13.740.274-5
San José # 3053 INDEPENDENCIA
FONO 22-5680871/ 22-5680873
Anexo: 280871/ 280873

CERT. BRD. INC. PISO. OTRO. Rp.

NOMBRE: *Nombre del paciente (escrito por el médico)*
RUT: *EDAD*
DOMICILIO: *Dr. Dislipidemia*

- *Fibratina / Lidose: 160 / 40mg*
Tomar 1 comp. diario (9pm)
por 3 meses.

- *Hipoglucosa: 1000mg 2 veces*
al día. por 3 meses

Fecha: 02/02/2023
NO ACEPTO CAMBIO DE RECETA

Firma y Timbre

XXXXXXXXXXXX
Medico Carlos
Rut XXXXXXXXX-X

Nombre y especialidad del facultativo

Nombre y Rut del paciente escrito por el médico

Receta debe ser emitida en un solo formato:
Digital o Manuscrito

Firma y timbre del médico

Fecha de la atención.

- ✓ Datos que debe contener receta particular.

DRL XXXX XXXXXXXX XXXX
RUT XX.XXX.XXXX
MEDICINA INTERNA

00408

Fecha: 14/02/2023

Nombre Paciente: *Nombre del paciente escrito por el médico*

Edad: *RUT:* *Ciudad:*

Domicilio:

Rp.

Paracetamol 500 mg
1 comprimido cada 12 horas
por 3 días

Firma y Timbre

RUT: XXXXXXXXX-X

ESTE MEDICAMENTO NO DEBE SER REEMPLAZADO

N° de correlativo

Fecha de la atención.

Nombre y Rut del paciente escrito por el
médico

Receta debe ser emitida en un solo formato:
Digital o Manuscrito

Firma y timbre del médico

✓ Datos para reembolsar receta emitida por un servicio público

GOBIERNO DE CHILE
Ministerio de Salud
Hospital Regional de Valparaíso
Dr. Leonardo Valdovinos

SERIE A- N° 6952188
12 011 018-1

ESTABL: _____

NOMBRE: _____

PREVISIÓN: _____ H. CLÍNICO

SERVICIO: _____ A. ASISTIA:

A. CERRADA Sala: _____ Casa: _____

Rp. _____

Venlafaxina 75 mg
c/24 x 30 días

Milopexon 15 mg c/12
x 7 días

Doxiciclina 100 mg c/24
x 7 días

DIAGNOSTICO: _____

Nombre del Médico: _____
FECHA: 17/10/23

Firma y timbre del médico

Timbre con especialidad del médico

Fecha de la atención.

CONSIDERACIONES PARA ACCEDER A REEMBOLSOS.

✓ Datos para reembolso de receta cheque

Nombre y rut del paciente escrito por el médico

RECETA CHEQUE: OFICIAL

PACIENTE (Nombre): Nombre del paciente escrito por el médico

ACQUERENTE (Nombre): _____

Apellido: Antofagasta

Fecha de nacimiento: 28/05/1982

Sexo: 2

Profesión: 37.5 - F19324444

Prescripción: Milopexon 15 mg c/12 x 7 días

Nombre del médico: Arda matia #3590

Prescripción: Doxyciclina 100 mg c/24 x 7 días

Fecha de atención: 20/10/2023

Firma y timbre del médico

Fecha de la atención.