

JUSTIFICANTE DE RETIRADA DE MEDICAMENTOS DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA SIN CUPÓN PRECINTO

DATOS DEL/DE LA PACIENTE

NÚMERO DE DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
<input type="text"/>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA (Cumplimentar si es otra persona autorizada la que retira la medicación)

NÚMERO DE DNI O DOCUMENTO DE IDENTIDAD		
<input type="text"/>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL HOSPITAL

HOSPITAL	
<input type="text"/>	
LOCALIDAD	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL MEDICAMENTO

El mutualista reconoce la retirada de la medicación especificada en este formulario en la farmacia del hospital anteriormente mencionado para su tratamiento.

CÓDIGO NACIONAL	MEDICAMENTO	Nº ENVASES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL/ DE LA PACIENTE

FIRMA DEL/ DE LA REPRESENTANTE (EN SU CASO)