



SERVICIO REGIONAL DE SALUD  
**METROPOLITANO**

Rx

SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
**RECETA ÚNICA**

001 732051

Fecha de Prescripción

Día /Mes /Año

Validez 10 días

ARS / ARL:

Datos paciente

Nombres

Apellidos

NSS

Edad

Sexo: MO FO

No. Ficha Familiar

Sello ARS / ARL

Datos Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de Salud

Código

Nombre Medicamentos

Posología, Duración del Tratamiento

Cantidad

1-

2-

3-

Datos del Médico

Número de Colegiación

Código

No. CIDC

Nombre del Médico

Firma

Datos del Establecimiento Farmacéutico

Nombre

No. Habilitación

Nombre del farmacéutico

Exequátur

Fecha de Entrega

Firma del farmacéutico

No. Autorización

Firma del Paciente

Cédula

Original: ARS/ARL

Copia Azul: Paciente

Copia Rosada: Farmacia

Observaciones para el uso