

FARMACÉUTICO/A RESPONSABLE:

FECHA:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE 

Edad _____

Sexo: Femenino Masculino

Tipo de receta _____

Persona que acude a la farmacia _____

Verificar condiciones de NO dispensación

No dispensación 

¿Incidencia?

Continuar con la Dispensación

Comentarios:

¿Es la primera vez?

No

Sí

¿Ha habido cambios?

No

Sí

¿Le va bien?

No

Sí

¿QUÉ USA?	
¿PARA QUÉ ?	
¿ CUÁNTO USA?	
¿CUÁNDO LO USA?	
¿CÓMO LO USA?	
¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO??	

¿ALERTAS? _____

NO DISPENSACIÓN

DISPENSACIÓN 

Especialidad	Indicación	Posología/Duración	Dificultad uso	Tto. Anterior
Información RAM	Interacciones	Actitud Farmacéutico	Consejos	