



CIRCULO MEDICO DE LOMAS DE ZAMORA

# RECETARIO Y ORDENES

Entidad Médica	<input type="text"/>	Nº de Carnet	<input type="text"/>
Obra Social	<input type="text"/>	Nº de Bono	<input type="text"/>
Apellido y Nombre	<input type="text"/>		

*Rp/*

Federación Médica del Conurbano FEMECON  
Prohibida su reproducción total o parcial

Firma del Médico

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Reservado para Auditoría Médica

Sello y Matrícula

## Práctica

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Práctica Médica Realizada: \_\_\_\_\_

Código Nomeclado: \_\_\_\_\_

Lugar donde se realizó: \_\_\_\_\_

Abonado por el Afiliado

A abonar por la Obra social

Arancel Total

Sello y Matrícula

\_\_\_\_\_  
Conforme Afiliado y/o Familiar

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

## Farmacia

Expedido de Medicamentos

Válido hasta tres medicamentos

Precio Total

Abonado por el Afiliado

A abonar por la Obra social

Indicadores al dorso

TROQUEL 1

TROQUEL 2

TROQUEL 3

\_\_\_\_\_  
Nombre y Sello de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Conforme Afiliado y/o Familiar