## ANEXO 2: FORMATO PARA RECETA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN RESTRINGIDA

| Fecha de emisión | | | |
|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año |

| Número de receta |
|---|
| |

| Información del prescriptor / médico veterinario |
|---|
| Nombres y apellidos: |
| Cédula de identidad: |
| N° Registro SENESCYT: |
| Teléfono: |
| |

| Prescripción<br>(nombre genérico, nombre comercial, forma farmacéutica, concentración y número de unidades por envase) | |
|---|---|
| | |
| **Diagnóstico (si procede)** | |
| Firma del Médico Veterinario | Sello del Médico Veterinario. |

| Fecha de emisión | | | |
|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año |

| Número de receta |
|---|
| |

| Información del paciente | |
|---|---|
| Especie: | |
| Nombre/Identificación: | |
| Sexo: | Edad: |
| Nombre del propietario: | |
| Dirección: | |

| Posología<br>(vía de administración, unidades a administrar por unidad de tiempo, duración del tratamiento) | |
|---|---|
| | |
| **Instrucciones para el paciente** | |
| Firma del Médico Veterinario | Sello del Médico Veterinario. |

**Para el almacén Para el usuario**

**Original**: Usuario/Almacén; **Copia**: Médico Veterinario