



TESÁI HA TEKO  
PORÁVE  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL



GOBIERNO  
NACIONAL

Paraguay  
de la gente

Fecha: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

Nombre de Usuario: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ CINº: \_\_\_\_\_

**Primer Diagnostico:**

Codigo	Medicamento <i>(Nombre Genérico, Forma Farmacéutica y Cencentración)</i>	Cantidad	
		Receta	Dispensada

Indicaciones: <i>Rp./</i>	Condiciones de Comorbilidad	
	Pte. Internado	Pte. Ambulatorio
	Tto. c/Inmunosupres: _____	
Insuf. Renal Crónica: _____		
Otros: _____		
Duración del Tratamiento: _____		
Recetado por: _____		
Sello: _____		
Firma: _____		

Observaciones: \_\_\_\_\_

Dispensado por: \_\_\_\_\_ Firma Usuario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ CINº: \_\_\_\_\_

Sello



TESÁI HA TEKO  
PORÁVE  
MOTENONDEHA  
MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA  
Y BIENESTAR SOCIAL



GOBIERNO  
NACIONAL

Paraguay  
de la gente

Fecha: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Establecimiento: \_\_\_\_\_

Región Sanitaria: \_\_\_\_\_

Nombre de Usuario: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ CINº: \_\_\_\_\_

**Primer Diagnostico:**

Codigo	Medicamento <i>(Nombre Genérico, Forma Farmacéutica y Cencentración)</i>	Cantidad	
		Receta	Dispensada

Indicaciones: <i>Rp./</i>	Condiciones de Comorbilidad	
	Pte. Internado	Pte. Ambulatorio
	Tto. c/Inmunosupres: _____	
Insuf. Renal Crónica: _____		
Otros: _____		
Duración del Tratamiento: _____		
Recetado por: _____		
Sello: _____		
Firma: _____		

Observaciones: \_\_\_\_\_

Dispensado por: \_\_\_\_\_ Firma Usuario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ CINº: \_\_\_\_\_

Sello