

**PRESCRIPCIÓN**

(Consignar el producto. En caso de medicamento: DOE, DCI o marca, forma farmacéutica).

**MIRTAZAPINA 30MG 30 COMPRIMIDOS**  
**30 COMPRIMIDO ORAL**

DPS  
Nº env.



DOE

Duración tratamiento  
90 días

Posología:  
1,0 Unidades / toma

Cada 24,0 horas

Fecha de prescripción  
19 06 2012

**PACIENTE** (Nombre, apellidos, año de nacimiento, número de identificación).

1954  
SELVA  
DOMINGO  
C.I.P. : PE01 0103299 10013  
F.NAC. : 1951 N.Ord. 1211 09421  
T.U.S. : TS3-GEN. TIT. TSI 003



Ejemplo:  
TSI 003

**MÉDICO** (Datos de identificación, y firma).

salud **CIAS 100020111H**

Col. 00/00000-0

**Advertencias al farmacéutico**

**FARMACIA** (Etiqueta CIP y tipo de usuario)

- Urgencia
- Documento provisional
- Tarjeta ilegible Aragón
- Extranjeros sin Tarjeta Sanitaria
- Otros (Especificar) \_\_\_\_\_

**FARMACIA** (Datos de identificación, fecha dispensación y firma).

CUERPO DE LA RECETA

CUPONES PRECINTO

RECETA ORDINARIA / ACTIVOS

P.3

- Esta receta caduca a los DIEZ DÍAS. No será válida con enmiendas o raspaduras.  
- El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.



JH3 0384453 36

- Es obligatorio presentar la Tarjeta Sanitaria.  
- Más información en el volante de instrucciones al paciente.