



SERVICIO DE SALUD:  
HOSPITAL:  
CONSULTORIO:  
POSTAS:

Nº FOLIO:  
MUNICIPALIDAD:

### RECETA MÉDICA RETENIDA DE BENZODIAZEPINAS

Nombre completo del paciente: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

Cédula de identidad : \_\_\_\_\_

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

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

RP.

Nombre genérico y/o comercial : \_\_\_\_\_

Forma farmacéutica y dosis de : \_\_\_\_\_  
Presentación

Dosis diaria : \_\_\_\_\_

Período de tratamiento : \_\_\_\_\_

Cantidad total del medicamento : \_\_\_\_\_

Nombre completo del profesional : \_\_\_\_\_

Cédula de identidad del profesional: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Profesional autorizado

Razón Social, RUT, dirección y teléfono de la Imprenta \_\_\_\_\_

**Observación:** Este documento debe ser llenado de puño y letra por el profesional legalmente habilitado a prescribir (médico – cirujano o cirujano – dentista).