



7720383166

Entidad Primaria				Fecha(dd/mm/aa)	Hora	N° Autorización
				09/04/2025	12:50	
Obra Social			Plan	Cond IVA	N° Afiliado	
OS_PRUEBA			BASE	NO	8888888888	
Apellido y Nombre		Edad	Fecha Nacimiento	DNI	Sexo	Localidad
NOMBRE PRUEBA, APELLIDO PRUEBA		16	24/10/2008	8888888	F	CIUDAD

**RECETA ELECTRÓNICA**

R/p.

ibuprofeno+clorzoxazona

400 mg comp.rec.x 10

Cantidad: 1

**Diagnóstico:** A00.0 - Cólera debido a Vibrio cholerae 01, biotipo cholerae



Firma del Médico

NOMBRE 888888  
PRESTADOR DE PRUEBA  
CLINICA MEDICA  
MP 888888

Sello y Matrícula

Dirección: Patricios 347 - BAHIA BLANCA

Este documento ha sido firmado electrónicamente por: NOMBRE 888888 PRESTADOR DE PRUEBA

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación -  
RL-2025-23299192-APN-SSVEIYES#MS