

HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA E INFORMACIÓN AL PACIENTE

RECETA ELECTRÓNICA

30/03/2026



Nombre completo
VICTORIA GONZALEZ
IGLESIAS

DNI/NIE/Pasaporte
35485530A

Fecha nacimiento
1986-06-08



Recuerde que la primera vez que retire un medicamento de su tratamiento debe hacerlo dentro de los primeros 10 días desde la fecha de inicio de su tratamiento.
Información para farmacias: si tiene cualquier duda o problema a la hora de dispensar esta receta, por favor, póngase en contacto con nosotros en soporte@docline.es

SOOLANTRA 10 MG/G CREMA 30 G

Cód. 7066514

1 aplicación cada 24 horas durante 1 semana

Instrucciones para el paciente:

Advertencias para el farmacéutico:

Prescriptor

Julio Alonso González

Dermatología

Nº colegiado: 151511021

Dirección

España

info@clinicadermatologicaalonso.com

- +34 981 64 78 59



ID.Rec: 54b6a6da-61d4-418a-9ed0-caf3ec9e38cf

ISDIBEN 10 mg CAPSULAS BLANDAS EFG 50 Cápsula

Cód.
7585428

1 cápsula cada 24 horas durante 6 meses

Instrucciones para el paciente:

Advertencias para el farmacéutico:

Prescriptor

Julio Alonso González

Dermatología

Nº colegiado: 151511021

Dirección

España

info@clinicadermatologicaalonso.com

- +34 981 64 78 59



ID.Rec: f01f4b84-492c-4ee3-b387-ea48c32c08c4

ZITROMAX 500 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 3

Cód. 6766354

Esta hoja de información al paciente ha sido generada con el sistema de Receta Médica Electrónica de Aplicaciones Salud S.L., que le permitirá retirar la medicación que le corresponda en la farmacia mediante su documento identificativo junto a la información de la cabecera o los códigos datamatrix que encontrará en esta hoja.

Hoja de información generada el 30/03/2026 18:09:54

1 de 3



Comprimido

3 comprimido cada 1 semanas durante 12 semanas

Instrucciones para el paciente:

Advertencias para el farmacéutico:

Prescriptor

Julio Alonso González

Dermatología

Nº colegiado: 151511021

Dirección

España

info@clinicadermatologicaalonso.com

- +34 981 64 78 59



ID.Rec: b6e444e4-1061-403e-bffc-d7919ec75e5c



El paciente autoriza el acceso por el farmacéutico a los tratamientos incluidos en esta relación. El paciente conservará este documento de información durante el período de validez del tratamiento. En cumplimiento del RGPD y de la LOPDGDD se le informa que sus datos personales serán tratados con la exclusiva finalidad de facilitarle asistencia médica y farmacéutica al paciente, en el marco del Sistema de Receta Electrónica Privada, como sistema de información basado en receta médica en soporte electrónico, establecido por los Consejos Generales de Farmacéuticos, Médicos, Odontólogos y Podólogos al amparo de lo dispuesto en el artículo 14.4. del RD 1718/2010. En este sentido, Julio Alonso González actuará como responsable del tratamiento en relación sus datos clínicos, pudiendo acceder a los mismos la oficina de farmacia de su elección para poder garantizar la correcta asistencia farmacéutica y la organización farmacéutica colegial para la interoperabilidad que garantiza su derecho como paciente a que los tratamientos que le hayan sido prescritos en receta médica privada electrónica puedan ser dispensados en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional, así como la trazabilidad de las actuaciones profesionales farmacéuticas en su dispensación. Puede ejercitar sus derechos ante Julio Alonso González, a través de la dirección info@clinicadermatologicaalonso.com

