

## HOJA DE MEDICACIÓN ACTIVA E INFORMACIÓN AL PACIENTE RECETA ELECTRÓNICA

27/05/2026



|                                             |                                |                                |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Nombre completo<br>MONICA IGLESIAS VILLAMOR | DNI/NIE/Pasaporte<br>33559817B | Fecha nacimiento<br>1990-08-13 |
|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|



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](mailto:sopORTE@docline.es)

**BETA-MICOTER 10 MG/G + 0,5 MG/G CREMA 30 G**

Cód.  
9925789

1 aplicación cada 12 horas durante 10 días

Instrucciones para el paciente:

Advertencias para el farmacéutico:

Prescriptor

Julio Alonso González

Dermatología

Nº colegiado: 151511021

Dirección

España

[info@clinicadermatologicaalonso.com](mailto:info@clinicadermatologicaalonso.com)

+34 981 64 78 59



ID.Rec: 47a08072-e2b9-420e-9b39-34fe2c33da01

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 LOPDGGD 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](mailto:info@clinicadermatologicaalonso.com)

**Datos del documento:** Fecha de creación: 27/05/2026, Timestamp: 1795888013  
**Datos del prescriptor:** Número de colegiado: 151511021, Nombre del profesional: Julio Alonso González, Especialidad: Dermatología, Dirección: España, Teléfono: +34 981 64 78 59, Correo electrónico: [info@clinicadermatologicaalonso.com](mailto:info@clinicadermatologicaalonso.com), Identificador de sesión (hash): 8YbMhV7284524K7p28A3nGJ55b7JDUJH5zPMHC30ACHgU1L4p0AW6hK7p0bUit12OMIDJqX23Sw =, IP: 10.244.2.244

