



Constancia para retiro de medicamentos

Yo [] mayor de edad, hondureño(a), con DNI [] [] [] por medio de la presente autorizo a [] mayor de edad, hondureño(a) con DNI [] [] [] para que en mi nombre pueda realizar el retiro de mi medicamento en el servicio de farmacia del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Medicamentos:

- | | |
|--------|---------|
| 1. [] | 6. [] |
| 2. [] | 7. [] |
| 3. [] | 8. [] |
| 4. [] | 9. [] |
| 5. [] | 10. [] |

Firma o huella digital del Paciente

Para fines que al interesado convenga, firmo la presente constancia en la ciudad de [] a los [] días del mes de [] del año [] .

- Anexar a esta constancia copia de la DNI del derechohabiente a quien le fue prescrito el medicamento.
- Presentar DNI la persona que va a retirar el medicamento.

Para uso exclusivo del IHSS

Nombre de empleado: []

Unidad: []

Nº de Ventanilla: []

Fecha retiro de medicamento: A los [] días del mes de [] del año [] .

Nº de Episodio: []