

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

07/05/2026



Nombre completo  
ROCIO SUAREZ IGLESIAS

DNI/NIE/Pasaporte  
45872721A

Fecha nacimiento  
1991-05-27



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)

### SOOLANTRA 10 MG/G CREMA 30 G

Cód. 7066514

1 aplicación cada 24 horas durante 1 mes

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: 26b319e3-536e-4328-84d6-af9ad08d77af



### ISDIBEN 10 mg CAPSULAS BLANDAS EFG 50 Cápsula

Cód.  
7585428

2 cápsula cada 1 semanas durante 6 meses

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: d9722edf-68b2-49f9-8164-8a9eefecc04



### ZITROMAX 500 mg COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA 3 Comprimido

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 07/05/2026 12:36:20

1 de 3



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: a882b0f4-7514-46bc-8150-9ec65f41f3bd



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 LOPDGGDD 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)

