

TU FARMACIA, TU AYUDA

PRESCRIPCIÓN

(Consignar el producto. En caso de medicamentos, DCI o marca, forma farmacéutica, vía administración, dosis por unidad, número unidades por envase).

DPS

Nº env.

Información

Duración tratamiento

Posología

_____ Unidades / toma

Cada _____ horas

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento, número de identificación)

*Victimas de
Violencia de Género
y Agresiones sexuales*

MÉDICO

(Datos de identificación y firma)

Fecha

___/___/___

Advertencias al farmacéutico

*La primera
receta contra
la violencia
de género es
la información*

*cupones
precinto*

Sustituyo por: _____

Justificar las causas

- urgencia
- desabastecimiento
- sistema de precios de referencia
- otros (indicar) _____

Firma del farmacéutico

FARMACIA (Datos de identificación, fecha de dispensación y firma)

*Siempre
a tu lado!!*

-Esta receta no caduca NUNCA.

-El beneficiario puede retirar en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.



ADAVAS

ASOCIACIÓN DE ASISTENCIA
A VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES
Y VIOLENCIA DE GÉNERO

C/ CORRAL DE VILLAVERDE 1, 5º B.
37002 SALAMANCA

Tlf.: 923 260 599

adavas@gmail.com

www.adavas-salamanca.org



SI ESTÁS VIVIENDO O HAS SUFRIDO
UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA
SEXUAL O DE GÉNERO

EN LA FARMACIA SIEMPRE
ENCONTRARÁS A
UN PROFESIONAL DE CONFIANZA

EN ADAVAS TRABAJAMOS PARA TI

HAY MUCHAS MANERAS
DE SALIR DE LA VIOLENCIA

ADAVAS OFRECE DE MANERA PROFESIONAL Y GRATUITA:

Servicio de orientación, información y asistencia social.

Servicio de emergencias 24 horas.

Gabinete psicológico para víctimas y personas allegadas.

Despacho jurídico: asesoramiento y personación en caso de denuncia.

Atención específica a niños y niñas.