

Lugar, Fecha, Hora

2024-01-03

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

ENTIDAD

N° historia clínica

a

Paciente

a

N° de Documento

a

Regimen

a

Concentración y forma farmacéutica.

Acetaminofen

Dosis diaria prescrita:

a

Duración del tratamiento:

Cantidad total de medicamento prescrito:

a

Nombre Del Doctor:

a

Correo Electronico Del Doctor:

a@a.com

Lugar de Prescripcion:

a

Diagnostico:



Firma: