

Lugar, Fecha, Hora

2024-02-01

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

ENTIDAD

N° historia clínica

2

Paciente

Paula

N° de Documento

120391023192

Regimen

Subsidiado

Concentración y forma farmacéutica.

2

Dosis diaria prescrita:

2

Duración del tratamiento:

2

Cantidad total de medicamento prescrito:

Nombre Del Doctor:

Paula

Correo Electronico Del Doctor:

a@a.com

Lugar de Prescripcion:

Bogota

Diagnostico:



Firma: