

 		<b>COPIA PRESCRIPCIÓN MIPRES</b>			<b>Fecha y hora de expedición (aaaa-mm-ss)</b> 2020-07-08 13:30:04	
					<b>Nro de prescripción</b> 20200708146020530804	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>						
Documento de identidad CC 43029157		Primer apellido FRANCO	Segundo apellido PALACIO	Primer nombre ELCY		Segundo nombre MARIA
Número de historia clínica 43029157		Diagnóstico principal H048 - OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DEL APARATO		Usuario régimen contributivo		
<b>MEDICAMENTOS</b>						
<b>Nombre medicamento/forma farmacéutica</b>	<b>Dosis</b>	<b>Via administración</b>	<b>Indicaciones Especiales</b>	<b>Duración Tratamiento</b>	<b>Recomendaciones</b>	<b>Cantidades Farmacéuticas Nro/Letras/Unidad</b>
[HIALURONATO DE SODIO] 4mg/1ml / OTRAS SOLUCIONES	2 Gtt CADA 4 HORAS	CONJUNTIVAL	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	6 MESES	1 gota acda 4 hoarsa ao	180 VIAL
[ACIDO POLIACRILICO] 200mg/100g / GELES y JALEAS	2 Gtt CADA 12 HORAS	CONJUNTIVAL	SIN INDICACIÓN ESPECIAL	6 MESES	1 gota acad 12 horas ao	6 TUBO
Este documento es una copia extraida de la prescripción MIPRES, con el fin de garantizar una entrega oportuna y segura de las prestaciones de salud. En caso de requerir la prescripción original puede dirigirse a donde el médico tratante.						