

**CLINICA MEDICAL**  
**FORMULACION MEDICAMENTOS**

<b>PACIENTE:</b>	Cedula de Ciudadania	51872242
<b>EDAD:</b>	2024	
<b>REGIMEN:</b>	None	
<b>CONVENIO:</b>	None	
<b>SERVICIO:</b>	HOSPITALIZACION kenedy	
<b>FECHA:</b>	2025-09-05 15:29:52.969226-05	

**GENERO:** Femenino



## FORMULACION MEDICAMENTOS

BROQUIFENOL	Dosis: 4.000	mg	ORAL	CADA 6 HORAS	Cant: 10	Dias: 8
-------------	--------------	----	------	--------------	----------	---------

**MEDICO ORDENA**

**Firmado Por: 1**  
**Firmado Electronicamente**

**19465673**

ALBERTO BERNAL TRABAJADOR

**Registro Medico:19465673**