

CLINICA MEDICAL  
FORMULACION MEDICAMENTOS

**PACIENTE:** Cedula de Ciudadania 5101718  
**EDAD:** 2024  
**REGIMEN:** REGIMENES ESPECIALES  
**CONVENIO:** COMPENSAR 2025  
**SERVICIO:** URGENCIAS KENEDU  
**FECHA:** 2025-10-10 12:06:46.553858-05

**TIO MARCO**  
**GENERO:** Masculino



FORMULACION MEDICAMENTOS

FLUCONAZOL  
Dosis: 20.000 mg ORAL CADA 12 HORAS Cant: 10 Dias: 5

MEDICO ORDENA

Firmado Por: 1  
Firmado Electronicamente

19465673

ALBERTO BERNAL TRABAJADOR

Registro Medico:19465673