

INDICACIONES

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Medicamento o insulmo: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

Dosis: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Fecha de Atención \_\_\_\_\_

Sello / Firma / Cel. Profesional \_\_\_\_\_

Fecha de Control \_\_\_\_\_

Medicamento o insulmo \_\_\_\_\_

Concentración \_\_\_\_\_

Forma \_\_\_\_\_

Farmacéutica \_\_\_\_\_

Cantidad \_\_\_\_\_

DX: \_\_\_\_\_

(CIE-10) \_\_\_\_\_

USUARIO \_\_\_\_\_

Particular \_\_\_\_\_

EPS \_\_\_\_\_

SORT \_\_\_\_\_

Convenio \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Nº de cama \_\_\_\_\_

Hospitализación \_\_\_\_\_

Emergencia \_\_\_\_\_

Consulta extrema \_\_\_\_\_

ATENCIÓN \_\_\_\_\_

HCL \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

Av. Ezequiel Gago Mz. H11, 198  
Lunes a Domingo  
8:00 a.m. - 6:00 p.m.  
Cel. 997 670 532

Sede: \_\_\_\_\_

Av. San Martín N° 392  
Lunes a Domingo  
8:00 a.m. - 8:00 p.m.  
Cel. 997 670 532

CLINICA LOS ANGELES