



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

Sede Medio Mundo:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cel.: 992 982 658

Nombres y Apellidos:

Stacy Faus

Edad: 31

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Saracetan Tab #10

Ibuprofeno Tab #02

Felizan Tab #10

Ibuprofeno Tab #10

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos:			
Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia

Saracetan

*1 tab { 1/2 dray / 1/2 dray / x 2 dñ
6 en*

6 Felizan

*1 tab { 1/2 dray / 1/2 dray / x 5 dñ
6 en*

Ibuprofeno

1 tab x dia x 2 dñ

Ibuprofeno

*1 tab { 1/2 dray / 1/2 dray / x 5 dñ
6 en*

+ hidrataci continuo

27-12-75