

Nombres y Apellidos: Stacybauer Edad: 31

USUARIO

Particular ☐

EPS ☐

SOAT ☐

Otros ☐

Convenio ☐

ATENCIÓN

Consulta externa ☒

Emergencia ☐

Hospitalización ☐

Otros ☐

N° de cama ☐

HCL

--	--	--	--	--	--	--

Dx.: _____ (CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Saracutanol Tob # 10

Lidocaine Tob # 03

Lidocaine Tob # 10

Ibuprofeno Tob # 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

Saracutanol
1 tab 1 vez / x 3 dias

Lidocaine
1 tab 1 vez / x 5 dias

Lidocaine
1 tab x dia x 3 dias

Ibuprofeno
1 tab 1 vez / x 5 dias

Hidratación continua

27-12-75