



Nombres y Apellidos: *Sandra Briceño*

Edad:

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.

- Zetoracetam 200 mg
- Aspirina 80 mg
- Atm

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

26/12/15

F