



Nombres y Apellidos: Jennifer Kartz Edad: 19

USUARIO	ATENCIÓN
Particular	Consulta externa
EPS	Emergencia
SOAT	Hospitalización
Otros _____	Otros _____
Convenio	Nº de cama _____

Dx.: _____ (CIE-10) _____

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

RECETAS

Nombres y Apellidos: _____

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

Paracetamol
1 tab $\frac{1}{4}$ verap. /x 3 días
6 hrs

Ibuprofeno
1 tab $\frac{1}{4}$ verap. /x 3 días
6 hrs

Aspirina
1 tab $\frac{1}{4}$ verap. /x 3 días
6 hrs

Acetil Cisteína

1 sobre $\frac{1}{4}$ inyecto /x 5 días
+ hidratante cutáneo

27-12-25

PL

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA