



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

HCL

Edad:

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

- Plavix 75 mg x 30

10m de Dto Dto 83

- Alend pms #67

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

- Paracetamol (500) mg
1000 mg cada noche

12/11/18