



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
ConvenioATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo
Rp.

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

- Gomitardas 100
- Melaleuca 100
- 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

- Farm d Molido
Mild sedativit Egz.
185cc x sem
Farm d flent x zanl

23/12/16