

Nombres y Apellidos: *Juan Ramón Palma*

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros _____

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros _____

N° de cama _____

HCL

--	--	--	--	--

Edad:

Dx.: _____ (CIE-10)

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			

- Cefixime 200 mg
 - Ketorolac 30 mg
 - Amox 500 mg
 - azox

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA