



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

Nombres y Apellidos:

USUARIO  
Particular   
EPS   
SOAT   
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio

ATENCIÓN  
Consulta externa   
Emergencia   
Hospitalización   
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

HCL

Dx.: \_\_\_\_\_

(CIE-10) \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp.

- Pindolol 0.125 mg x 30

- Diclofenac 50 mg x 30 / 10 x 30

- Vfene 0.125 mg

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

Pr-29/n

20/12/15

PR