



Nombres y Apellidos:

Eloísa Ramos Villanueva

Edad: 35

USUARIO

Particular
EPS
SOAT
Otras _____
Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

HCL

--	--	--	--	--

Dx.:

Celulitis da pierna abierta
Escabiosis

(CIE-10)

--

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

1. Dicloxacilina 500 mg Tab 21

Diclofenaco 75 mg/2ml INY 03

2. Morfenamina 4mg Tab 09

Benzocatoato de benzilo 01

19/12/25

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

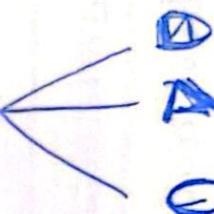
RECETAS

Nombres y Apellidos: _____

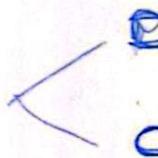
Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

Diclofenaco 75mg IM c/24h
x 3 días

• Dicloxacilina

1 tab  x 7 días

• Clorfenamina

1 Tab  x 3 días