



Nombres y Apellidos: Tomás Gómez

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama

Edad: 10

HCL

Dx.: _____

(CIE-10)

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

Rp.

- Dextrof. 100 mg
- 10 ml 1% suero fisiológico

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
----------------------	-------	-----	------------

- Dextrof. 100 mg

10 ml 1% suero fisiológico

ganchos de dormir

22/10/15

R