

Sede Mundo:
Lunes a Domingo
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:

Jennifer Cortez

Edad:

14

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

HCL

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Paracetamol Tab # 10

Ibuprofeno Tab # 10

Acetilcisteína vial # 10

Cetirizina Tab # 10

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

Paracetamol

1 tab. 500mg / x 2 días

Ibuprofeno

1 tab. 400mg / x 5 días

Cetirizina

1 tab. 10mg / x 3 días

Acetilcisteína

1 vial 200mg / x 5 días
+ hidratación continua

27-12-25

[Firma]