



Nombres y Apellidos:

JARIO

icular

AT

ros

envenio

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

HCL

--	--	--	--	--

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

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

- Paracetamol 500 mg

10ml de 60ml 600 mg

6PM - 11PM

X3d

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

- Difotex 1/100

1 apli ontr y desp de D/P/C

- Diet Blanca

29/11/86