



**Sede Medio Mundo:**  
Lunes a Domingo  
8:00 a.m. - 6:00 p.m.  
Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B  
Cel.: 992 982 658

## INDICACIONES

**Nombres y Apellidos:**

Medicamento o Insumo

### Dosis

**Vía**

**Frecuencia**

**Nombres y Apellidos:**

**Edad:**

**USUARIO**

### Particular

**EPS**

SOAT

## Otros

Convenio

### ATENCIÓN

### Atención

#### Consulta externa

**Emergencia**

**Emergencia**  
**Hospitalización**

**Otros**

Nº de cama \_\_\_\_\_



**Dx.:**

(CIE-10)

Medicamento o insumo

### Concentración

**Forma Farmacéutica****Cantidad**

Rp.

- Determination of the
- small cell
- 

**Fecha de Atención**

**Sello / Firma / Col. Profesional**

**Fecha de Control**

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**

26/12/18