



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:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

Dx.:

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

2+1/28/29

Rp.

- Metformina 500 mg 6+1
H1 diari 2 x 3 d

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos: _____

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

- 30-18

- Prostofen 200 mg

Ibuprofeno x 200

→ Agua 1,8 L — 6:00 AM

- Frutas y Verduras

anacardos

26/11/15