

Nombres y Apellidos:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

Edad:

HCL

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

Dx:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp:

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control