



Nombres y Apellidos:

## USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros \_\_\_\_\_

Comercio


## ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otras \_\_\_\_\_

Nº de cama \_\_\_\_\_

## HCL






Dx.:

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

Medicamento o Insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- ASS 1500 mg tab 4/10 dfa 9/11 C  
- Comprsd 500 mg 10/11

- Comprsd 500 mg 10/11  
10 dya/1000 mg

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

73/4452