



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

Dx.: Palmer + ITU

Edad:

HCL

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Ceftriaxon 667 mg # 3/10

- Augment 88#30s 8162

19/20/21

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

81-22/12

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Alendrol 900#4/1t

27 alom -

refetn 3/1/26

- Morin

Alendrol (900) #10/26

1/5 → 19/n

2/0 → 3/1/26