



**CLÍNICA
Los Ángeles**

Nombres y Apellidos:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros _____

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros _____

Nº de cama _____

Edad: _____

HCL

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dx:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Optixom 100 mg tabletas
100 tabletas azules/rojas

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

- OSSIS 100 mg



100 mg po DAIQ

andarri

- Comprimidos 50 mg
100 comprimidos

23/mes