



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama

HCL

Edad: _____

Dx.:

(CIE-10) _____

| Medicamento o insumo | Concentración | Forma Farmacéutica | Cantidad |
|----------------------|---------------|--------------------|----------|
|----------------------|---------------|--------------------|----------|

Rp.

- Metformina 750 mg/100 ml
3,5 ml d8h D A X 1d
C →

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 |
|----------------------|-------|-----|------------|
|----------------------|-------|-----|------------|