

Nombres y Apellidos:

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

☐
☐
☐
☐
☐

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

HCL

☐☐☐☐☐☐☐☐

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Pregabalin Tab #1 10

Carbonyl B Tab #1 30

Viloprina Gel # 01 10

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

Pregabalin
1 Tab 1 vez
La noche / x 5 días

Carbonyl B

1 Tab x día x 30 días

Viloprina gel

1 cazo por día a la noche

18-12-25

[Firma]