



Sede Principal:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 8:00 p.m.
Av. San Martín N° 392
Cel.: 997 670 532

Sede Medio Mundo:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cel.: 992 982 658

Nombres y Apellidos: Javier Vila Prencur Edad: 49

USUARIO	ATENCIÓN	HCL
Particular	Consulta externa	<input type="checkbox"/>
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros _____	Otros _____	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama _____	<input type="checkbox"/>

Dx.: _____ (CIE-10) _____

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			

- Clorfenir 10g Adm #03
- Dexaftoson 4g Adm #03

30/12/25

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
----------------------	-------	-----	------------

- Devaetrigm Sz 1ds #05
1ds no 1/24h (5pm) x 5dias

- portil NF Cuer #01
→ Aplus 1/2 x 3-5d.
1/24h x 3dias