



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.

- Paracetamol 500 mg

- Difenilhidratina 100 mg

- Vitamina B1 100 mg

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

- Dym

10 mililitros