



Nombres y Apellidos: *John Andrés Tedesco*

USUARIO  
Particular  
EPS  
SOAT  
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio

ATENCIÓN  
Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama \_\_\_\_\_

HCL     
92.9  
30.3  
32.6  
337.000  
9.1  
P

(CIE-10)

Dx.: \_\_\_\_\_

- Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad  
Rp.
- *Hemoferina b10% # 80 ml*  
*100ml*  
*100ml 226/29/1/4/7/10*
- *Jin. Ganc # 10*

Fecha de Atención



Sello / Firma / Col. Profesional

17-17-17  
MNT

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

## INDICACIONES

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

- *Cronogel 10% 15ml*  
*1H Ayam x150*

- *Injektin # 10*  
*1.000mg / 1ml*

MEMORIAS COMPLETO - AUTOMATIZADAS