



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:

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.

- Hydrocodone # 30

- Cetilxamfetil # 100

200 mg Valdo xsd

2/10 al 6 de Dic

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