



CLÍNICA  
**Los Ángeles**

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:

*Yanet B. P. y*

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.

*Suma mayor: HCL*

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

-

*4 med*

*26/11/18*