



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SAT
Otros _____
Convento

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
N° de cama _____

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Edad: _____

(CIE-10) _____

Dra. _____

Medicamento o Insumo

Rp. _____

Concentración

Forma farmacéutica

Cantidad

- Betametasonido 100 mg
- Oftaltec Eye 10 ml
- Fluconazol 150 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

- Betametasonido
Alivio de fatiga
Sjct, disco xcul
Fluconazol xcul
Rx de Terezia ND

23/4/18