

FECHA DE EXPEDICION			CIUDAD					FÓRMULA DE MEDICAMENTOS																														
DATOS DEL AFILIADO																																						
APELLIDOS									NOMBRES					DOCUMENTO DE IDENTIDAD (TIPO Y NUMERO)																								
EDAD				DIRECCION						TEL				FORMULA CONTROLADA		SI				NO																		
NUMERO DE HISTORIA CLINICA			TIPO DE USUARIO							USO					Si su uso es crónico, ¿Cuántas entregas?																							
			CONTRIBUTIVO				SUBSIDIADO				PARTICULAR				OTRO				AGUDO				CRONICO				1				2				3			
DIAGNOSTICO																																						
CODIGO CIE10 (Obligatorio)									DESCRIPCION (Opcional)																													
Datos de los medicamentos																																						
NOMBRE GENERICO						CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA						VIA DE ADMINISTRACION																										
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)				DURACION DEL TRATAMIENTO				CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																								
NOMBRE GENERICO						CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA						VIA DE ADMINISTRACION																										
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)				DURACION DEL TRATAMIENTO				CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																								
NOMBRE GENERICO						CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA						VIA DE ADMINISTRACION																										
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)				DURACION DEL TRATAMIENTO				CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																								
NOMBRE GENERICO						CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA						VIA DE ADMINISTRACION																										
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)				DURACION DEL TRATAMIENTO				CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																								
NOMBRE GENERICO						CONCENTRACION Y FORMA FARMACEUTICA						VIA DE ADMINISTRACION																										
DOSIS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION						CANTIDAD TOTAL (NUMEROS Y LETRAS)				DURACION DEL TRATAMIENTO				CANTIDAD ENTREGADA PENDIENTE																								
INDICACIONES O RECOMENDACIONES									NOMBRE, FIRMA Y REGISTRO PROFESIONAL DEL MEDICO TRATANTE																													
									 MEDICO GENERAL R.M. 94154161																													
DATOS DEL PRESTADOR (nombre, documento de identidad o NIT, dirección, teléfono, correo)									DATOS DE LA ENTREGA DE LA FORMULA MEDICA AL PACIENTE																													
									PROVEEDOR			FECHA			AFILIADO O AUTORIZADO: Declaro que recibí conforme los medicamentos especificados en esta fórmula de medicamentos.																							