
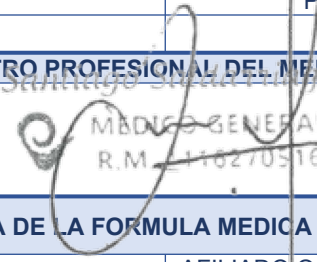


FECHA DE EXPEDICION			CIUDAD													FÓRMULA DE MEDICAMENTOS									
DATOS DEL AFILIADO																									
APELLIDOS												NOMBRES								DOCUMENTO DE IDENTIDAD ( TIPO Y NUMERO)					
EDAD			DIRECCION			TEL			FORMULA CONTROLADA			SI		NO											
NUMERO DE HISTORIA CLINICA			TIPO DE USUARIO										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. 116270516															
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.							