
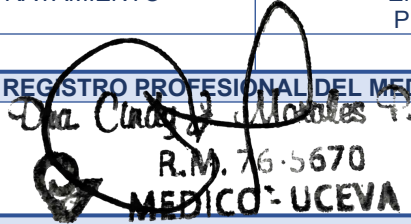


FECHA DE EXPEDICION			CIUDAD					FÓRMULA DE MEDICAMENTOS																														
DATOS DEL AFILIADO																																						
APELLIDOS						NOMBRES			DOCUMENTO DE IDENTIDAD ( TIPO Y NUMERO)																													
EDAD				DIRECCION				TEL				FORMULA CONTROLADA		SI				NO																				
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																																
						 R.M. 76-5670 MEDICO - UCEVA																																
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.																										