



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. 1116268564																												
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.																						