



ORDEN DE MEDICAMENTOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
1.	
2.	

MEDICAMENTO		TOMAR CADA (HORAS, DÍAS, ETC.)	DÍAS DE TRATAMIENTO
1.			
2.			
3.			
4.			

NOTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____



ORDEN DE MEDICAMENTOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
1.	
2.	

MEDICAMENTO		TOMAR CADA (HORAS, DÍAS, ETC.)	DÍAS DE TRATAMIENTO
1.			
2.			
3.			
4.			

NOTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____



ORDEN DE MEDICAMENTOS



NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA:

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

DIAGNÓSTICO (CIE-10)	
1.	
2.	

MEDICAMENTO		TOMAR CADA (HORAS, DÍAS, ETC.)	DÍAS DE TRATAMIENTO
1.			
2.			
3.			
4.			

NOTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO: _____