

Nombre y apellido: .....

Código de paciente: ..... Sexo: ..... Edad: .....

Documento tipo: ..... Número: .....

N° beneficiario: ..... Categoría: .....

Diagnóstico: .....

Ingresar medicamentos con nombre genérico

*RPI***Médico prescriptor**

Lugar: .....

Fecha: ..... / ..... / .....

**Farmacia**

Lugar: .....

Fecha de dispensa: ..... / ..... / .....

.....  
Firma y Sello.....  
Firma y Sello director**Auditoría médica de la OOSS**

Fecha de control: ..... / ..... / .....

**Beneficiario o Familiar**.....  
Firma y Sello.....  
Firma y Aclaración