



PG-7.5.1-02

Rev: 0

TRATAMIENTO MÉDICO

Fecha: 26/01/2006

F-7.5.1.2-15

Pag 1 de 1

PACIENTE: fecha nac.....

Nº Seg. Soc..... ORDENADO POR DR.

MEDICAMENTO	DOSIS	NUMERO PASTILLAS			OBSERVACIONES
		DESAY.	COMID.	CENA	

ALERGIAS**RÉGIMEN ALIMENTICIO****TRATAMIENTO O ACTIVIDADES RECOMENDADAS**

FIRMA Y SELLO DEL COLEGIADO

FECHA