ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

HOSPITAL MUNICIPAL DE COPACABANA

RECETARIO / RECIBO
ATENCIÓN AMBULATORIA

D-1

Nº 210093

SEDES: LA PAZ | RED:

Municipio: COPACABANA

Establecimiento:

Tipo de Atención: EN CONSULTORIO ☐ DOMICILIARIA: ☐ INTERNACIÓN DE TRÁNSITO ☐

Nombre del Paciente:

Domicilio:

SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

PROGRAMAS:

VENTA:

REFERENCIA ☐

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: M F FECHA:

DIAGNOSTICOS:

	N	R
AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	N	R
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	N	R
CANDIDIASIS VAGINAL	N	R
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	N	R
C.C.D.-PREV.-ANEMIA Y DESNUTRICIÓN	N	R
CONTUSIONES SUPERFICIALES	N	R
CONTROL PUERPERAL	N	R
DERMATITIS DEL PAÑAL	N	R
DESNUTRICIÓN LEVE	N	R
DESNUTRICIÓN MODERADA	N	R
DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE	N	R
DISENTERIA	N	R
EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO	N	R
ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD)	N	R
ESTREÑIMIENTO	N	R
FARINGITIS AGUDA	N	R
HERIDAS	N	R
INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS)	N	R
LUMBALGIA	N	R
MICOSIS CUTANEA	N	R
MONILIASIS ORAL	N	R
MORDEDURA DE CAN	N	R
NEUMANIA NO GRAVE	N	R
ONFALITIS	N	R
OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	N	R
OTITIS MEDIA SUPURTIVA AGUDA O CRONICA	N	R
PARTO Y RN EN DOMICILIO POR PERS. SALUD	N	R
PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS	N	R
PREECLAMSIA LEVE Y MODERADA	N	R
RESFRIO COMUN	N	R
SARCOPTOSIS	N	R
TRICOMONIASIS	N	R
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	N	R
TUBERCULOSIS PULMONAR	N	R
PREREFERENCIA-REFERENCIA		
	N	R
	N	R

Otro Diagnóstico:

Otro Diagnóstico:

OTRAS PRESTACIONES

CONSULTA MEDICA (SIN MEDICAMENTOS): ☐ CONTROL PRENATAL: ☐ SUTURA ☐ VAC. (SRP - SR-ANTIAM - BCG-DT): ☐

CCD DEL NIÑO (SIN MEDICAMENTOS): ☐ CONTROL PRENATAL A.R.O.: ☐ RETIRO DE PUNTOS ☐

TOMA DE PAP E IVAA: ☐ CURACIÓN PEQUEÑA: ☐ VACUNACIÓN PVTE - OPV - ARV ☐ INTERNACIÓN DE TRÁNSITO: ☐

MEDICAMENTOS E INSUMOS (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	INDICACIONES PARA EL PACIENTE (Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Vía de administración)	CANTIDAD		VALOR	
		Recetada	Dispensada	Unitario	Total

COSTO TOTAL

COSTO TOTAL AL USUARIO

HOSPITAL MUNICIPAL DE COPACABANA

Recetado por:
Sello y Firma

Dispensado por:
Sello y Firma

Nombre y Firma del(a) paciente/acompañante
C.I.

El prescritor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento y tiene carácter legal.
El usuario certifica haber recibido los medicamentos anotados en este documento a entera satisfacción.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

HOSPITAL MUNICIPAL DE COPACABANA

RECETARIO / RECIBO

ATENCIÓN AMBULATORIA

Nº 018645

D-1 2.

SEDES: LA PAZ | RED:

Municipio: COPACABANA

Establecimiento:

Tipo de Atención: EN CONSULTORIO ☐ DOMICILIARIA: ☐ INTERNACIÓN DE TRÁNSITO ☐

Nombre del Paciente:

Domicilio:

SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:

PROGRAMAS:

VENTA:

REFERENCIA ☐

FECHA DE NACIMIENTO:

SEXO: M F FECHA:

DIAGNOSTICOS:

AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA	N R	EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO	N R	OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	N R
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	N R	ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD)	N R	OTITIS MEDIA SUPURTIVA AGUDA O CRONICA	N R
CANDIDIASIS VAGINAL	N R	ESTREÑIMIENTO	N R	PARTO Y RN EN DOMICILIO POR PERS. SALUD	N R
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	N R	FARINGITIS AGUDA	N R	PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS	N R
C.C.D.-PREV.-ANEMIA Y DESNUTRICIÓN	N R	HERIDAS	N R	PREECLAMSIA LEVE Y MODERADA	N R
CONTUSIONES SUPERFICIALES	N R	INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS)	N R	RESFRIO COMUN	N R
CONTROL PUERPERAL	N R	LUMBALGIA	N R	SARCOPTOSIS	N R
DERMATITIS DEL PAÑAL	N R	MICOSIS CUTANEA	N R	TRICOMONIASIS	N R
DESNUTRICIÓN LEVE	N R	MONILIASIS ORAL	N R	TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	N R
DESNUTRICIÓN MODERADA	N R	MORDEDURA DE CAN	N R	TUBERCULOSIS PULMONAR	N R
DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE	N R	NEUMANIA NO GRAVE	N R	PREREFERENCIA-REFERENCIA	
DISENTERIA	N R	ONFALITIS	N R		N R

Otro Diagnóstico: N R

Otro Diagnóstico: N R

OTRAS PRESTACIONES

CONSULTA MEDICA (SIN MEDICAMENTOS): ☐	CONTROL PRENATAL: ☐	SUTURA ☐	VAC. (SRP - SR-ANTIAM - BCG-DT): ☐
CCD DEL NIÑO (SIN MEDICAMENTOS): ☐	CONTROL PRENATAL A.R.C.: ☐	RETIRO DE PUNTOS ☐	
TOMA DE PAP E IVAA: ☐	CURACIÓN PEQUEÑA: ☐	VACUNACIÓN PVTE - OPV - ARV ☐	INTERNACIÓN DE TRÁNSITO: ☐

MEDICAMENTOS E INSUMOS (Nombre genérico, Forma Farmacéutica y Concentración)	INDICACIONES PARA EL PACIENTE (Cantidad, Frecuencia, Tiempo de uso y Vía de administración)	CANTIDAD Recetada	CANTIDAD Dispensada	VALOR Unitario	VALOR Total

COSTO TOTAL

COSTO TOTAL AL USUARIO

Dr. Marcelo R. Gutiérrez Guaraní
MEDICO EMERGENCIAS Y URGENCIAS
MP. G-1115 CMB-G-0353

Recetado por:
Sello y Firma

Dispensado por:
Sello y Firma

Nombre y Firma del(a) paciente/acompañan
C.I.

El prescritor y dispensador certifican la veracidad de la información declarada en este documento médico legal.
El usuario certifica haber recibido los medicamentos señalados en este documento médico legal.

2