



RECETARIO / RECIBO ATENCIÓN AMBULATORIA

Nº 010098

D-1

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 ESTREPTOCOICA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
CANDIDIASIS VAGINAL	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
CONJUNTIVITIS BACTERIANA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
C.C.D.-PREV.-ANEMIA Y DESNUTRICIÓN	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
CONTUSIONES SUPERFICIALES	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
CONTROL PUERPERAL	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
DERMATITIS DEL PAÑAL	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
DESNUTRICIÓN LEVE	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
DESNUTRICIÓN MODERADA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
DIARREA Y DIARREA PERSISTENTE	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
DISENTERIA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R

EMESIS E HIPEREMESIS DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
ENF. FEBRIL EN ESTUDIO (FOD)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
FARINGITIS AGUDA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
HERIDAS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
INFECCION URINARIA BAJA (CISTITIS)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
LUMBALGIA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
MICOSIS CUTANEA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
MONILIASIS ORAL	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
MORDEDURA DE CAN	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
NEUMANIA NO GRAVE	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
ONFALITIS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R

OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
PARTO Y RN EN DOMICILIO POR PERS. SALUD	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
PREECLAMIA LEVE Y MODERADA	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
RESFRIO COMUN	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
SARCOPTOSIS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
TRICOMONIASIS	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R
TUBERCULOSIS PULMONAR	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> R

PREREFERENCIA-REFERENCIA
 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 IVAÁ: 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
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20
<i>Amoxicilina</i>					20

COSTO TOTAL

COSTO TOTAL AL USUARIO

Recetado por:
Sello y Firma

Dispensado por:
Sello y Firma



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

2.



RECETARIO / RECIBO

ATENCIÓN AMBULATORIA

Nº 013645

D

SEDES: LA PAZ	RED:
Municipio: COPACABANA	
Establecimiento:	
Tipo de Atención: EN CONSULTORIO <input type="checkbox"/> DOMICILIARIA: <input type="checkbox"/> INTERNACIÓN DE TRÁNSITO <input type="checkbox"/>	
Nombre del Paciente:	
Domicilio:	

SEGUROS PUBLICOS DE SALUD:	
PROGRAMAS:	
REFERENCIA:	
VENTA:	
REFERENCIA:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	FECHA:

DIAGNOSTICOS:

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 DESNUTRICION	N	R
CONTUSIONES SUPERFICIALES	N	R
CONTROL PUERPERAL	N	R
DERMATITIS DEL PAÑAL	N	R
DESNUTRICION LEVE	N	R
DESNUTRICION 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 GATO	N	R
NEUMANIA NO GRAVE	N	R
ONFALITIS	N	R

OTITIS MEDIA NO SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	N	R
OTITIS MEDIA SUPURATIVA AGUDA O CRÓNICA	N	R
PARTO Y RN EN DOMICILIO POR PERS. SALUD	N	R
PREV. ANEMIA EN EMBARAZADAS Y PUERPERAS	N	R
PREECLAMPSIA 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):
 CCD DEL NIÑO (SIN MEDICAMENTOS):
 TOMA DE PAP E IVAAL:

CONTROL PRENATAL:
 CONTROL PRENATAL A.R.O.:
 CURACION PEQUEÑA:

SUTURA:
 RETIRO DE PUNTOS:
 VACUNACION PVTE - OPV - ARV:

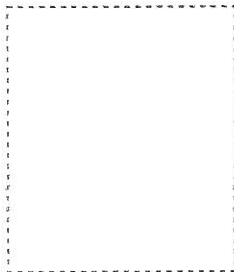
VAC. (SRP - SR-ANTIAM - BCG-DT):
 INTERNACION DE TRANSITO:

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

Dr. Alicia R. Salazar Guadalupe
 M.P. G-1115
 C.M.B. G-0353

Recetado por:
Sello y Firma

Dispensado por:
Sello y Firma



COSTO TOTAL _____
 COSTO TOTAL AL USUARIO _____

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

El prescriptor 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

