

SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

Logo del establecimiento

ARS/ARL _____

Nombre _____

Edad _____ N° cama _____ Sexo: M F

Sala _____ N° de expediente _____

NSS _____ Alergias _____

Diagnóstico _____ Servicio _____

Médico Responsable (Ingreso) _____

ORDEN MEDICA

MEDICAMENTOS Y SOLUCIONES-LABORATORIOS-PROCEDIMIENTOS-OTRAS ORDENES TERAPEUTICAS

MEDICAMENTOS	DOSIS	FRECUENCIA	VIA	DURACION TX

LABORATORIO:

PROCEDIMIENTOS:

OTRAS ORDENES TERAPEUTICAS:

Dieta	Oxigeno
Actividad Fisica/Postura	Fisioterapia Respiratoria
Controles Habituales	Antibiograma
Curas	Otros

Fecha: _____ N°-CIDC _____ Hora: _____

Nombre y firma del médico: _____