

Fecha de Prescripción  
Día /Mes /Año

Datos paciente  
Nombres \_\_\_\_\_  
Apellidos \_\_\_\_\_  
NSS \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  No. Ficha Familiar \_\_\_\_\_

Sello ARS/ARL

ARS/ARL : \_\_\_\_\_

Datos Establecimiento de Salud  
Nombre del Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Indicaciones Paciente:

Observaciones:

Datos del Médico  
Número de colegiación \_\_\_\_\_  
Código \_\_\_\_\_  
Firma del Médico \_\_\_\_\_

Datos del Establecimiento  
Laboratorio  Imagenes  Establecimiento Farmacéutico   
Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_ Nº habilitación \_\_\_\_\_  
Nombre del responsable \_\_\_\_\_  
Firma del responsable \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_