



E.S.E. DEPARTAMENTAL
"SOLUCIÓN SALUD"

RECETARIO

VERSIÓN
1

FECHA VIGENCIA
2014 - 01 - 01

CÓDIGO
FR-CE-03

DOCUMENTO
CONTROLADO



GOBERNACIÓN DEL META

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

TIPO DE ATENCIÓN: URGENCIAS CONS. GRAL. CONS. ODONTOLÓGICA HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE:				DOC. DE IDENTIDAD				EDAD:		PESO:					
SOAT <input type="checkbox"/>	REGIMEN	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD				FECHA							
ATEP <input type="checkbox"/>		SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL <input type="checkbox"/>					DÍA	MES	AÑO					
ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>		VINCULADO <input type="checkbox"/>													
MEDICAMENTO E INDICACIONES						CANTIDAD		ENTREGADO							
						VÍA DE ADMINISTRACIÓN	NÚMERO	LETRAS	DÍA	MES	AÑO				
NOMBRE DEL MÉDICO Y FIRMA						RECIBIDO									
No. REGISTRO						FIRMA DEL MÉDICO									
						NOMBRE Y APELLIDO		No. DOC. DE IDENTIDAD							

ORIGINAL USUARIO

VÁLIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Calle 37No. 41-80 Barrio Barzal - Villavicencio, Meta Tel.: 661 0200/20/25 Línea Gratuita 01 8000 918 663 www.esesolucionosalud.gov.co



E.S.E. DEPARTAMENTAL
"SOLUCIÓN SALUD"

VERSIÓN
1

CÓDIGO
FR-CE-03



RECETARIO

FECHA VIGENCIA
2014 - 01 - 01

DOCUMENTO
CONTROLADO

GOBERNACIÓN DEL META

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

TIPO DE ATENCIÓN: URGENCIAS CONS. GRAL. CONS. ODONTOLÓGICA HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE:				DOC. DE IDENTIDAD				EDAD:		PESO:				
SOAT <input type="checkbox"/>	REGIMEN	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD				FECHA						
ATEP <input type="checkbox"/>		SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL <input type="checkbox"/>					DÍA	MES	AÑO				
ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>		VINCULADO <input type="checkbox"/>												

MEDICAMENTO E INDICACIONES	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	CANTIDAD		ENTREGADO		
		NÚMERO	LETRAS	DÍA	MES	AÑO

NOMBRE DEL MÉDICO Y FIRMA	RECIBIDO
No. REGISTRO	No. DOC. DE IDENTIDAD
FIRMA DEL MÉDICO	NOMBRE Y APELLIDO

VÁLIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Calle 37No. 41-80 Barrio Barzal - Villavicencio, Meta Tel.: 661 0200/20/25 Línea Gratuita 01 8000 918 663 www.esesolucionosalud.gov.co

1ra. Copia ESE



E.S.E. DEPARTAMENTAL
"SOLUCIÓN SALUD"

RECETARIO

VERSIÓN
1

FECHA VIGENCIA
2014 - 01 - 01

CÓDIGO
FR-CE-03

DOCUMENTO
CONTROLADO



GOBERNACIÓN DEL META

CENTRO DE ATENCIÓN: _____

TIPO DE ATENCIÓN: URGENCIAS CONS. GRAL. CONS. ODONTOLÓGICA HOSPITALIZACIÓN

NOMBRE:				DOC. DE IDENTIDAD				EDAD:		PESO:				
SOAT <input type="checkbox"/>	REGIMEN	CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	DESPLAZADO <input type="checkbox"/>	ENTIDAD				FECHA						
ATEP <input type="checkbox"/>		SUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	ESPECIAL <input type="checkbox"/>					DÍA	MES	AÑO				
ENFERMEDAD GENERAL <input type="checkbox"/>		VINCULADO <input type="checkbox"/>												

MEDICAMENTO E INDICACIONES		CANTIDAD		ENTREGADO		
		NÚMERO	LETRAS	DÍA	MES	AÑO
	VÍA DE ADMINISTRACIÓN					

NOMBRE DEL MÉDICO Y FIRMA		RECIBIDO				
No. REGISTRO	FIRMA DEL MÉDICO	NOMBRE Y APELLIDO		No. DOC. DE IDENTIDAD		

VÁLIDO POR 72 HORAS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICIÓN

Calle 37No. 41-80 Barrio Barzal - Villavicencio, Meta Tel.: 661 0200/20/25 Línea Gratuita 01 8000 918 663 www.esesolucionosalud.gov.co

2da. Copia Farmacia