


Fecha    **FORMULA**

Paciente \_\_\_\_\_ C.C No. \_\_\_\_\_



Programa \_\_\_\_\_

Clase de Usuario:  Pensionado  Beneficiario  Afiliado  Otros

Médico \_\_\_\_\_ Registro \_\_\_\_\_



**COSMITET LTDA.**  
Corporación de Servicios Médicos Internacionales THEMA & Cia.

Fecha    **FORMULA**

Programa **MAGISTERIO**

Clase de Usuario:  Pensionado  Beneficiario  Afiliado  Otros

EXAMENES  ESPEC.  MG  PEDIATRIA  GINECOLOGO  ODONTOLOGO

MÉDICO (Apellidos y Nombres)	Reg. Médico No.
Nombre del Afiliado	C.C. No.

**ESTA FORMULA CADUCA EN 48 HORAS**

Cantidad en números	Cantidad en letras	DESCRIPCION - MEDICAMENTO - DOSIS

Autorizado por: Médico	Sello del Médico:
Firma	
Firma de Recibido:	Entregado por:
C.C. No.:	
Dirección y Teléfono:	Fecha de Recibido: