SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ DE MAIPO
UNIDAD DE FARMACIA

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO

SOLICITUD DE MEDICAMENTO DE USO RESTRINGIDO

NOMBRE PACIENTE: _____ RUT: _____

PABELLÓN: _____ SALA/CAMA: ____/____ DIAGNÓSTICO: _____

MEDICAMENTO INDICADO	POSOLOGÍA DIARIA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	DÍAS DE TRATAMIENTO

_____ _____

NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO MEDICO TRATANTE **FECHA**

#	FECHA	MEDICAMENTO	CANTIDAD MED	NOMBRE Y APELLIDO TP o EU QUE RETIRA	FIRMA TP o EU QUE RETIRA

#	FECHA	MEDICAMENTO	CANTIDAD MED	NOMBRE Y APELLIDO TP o EU QUE RETIRA	FIRMA TP o EU QUE RETIRA