



CO:

Jorge...

Prescripción	Código	Fecha
--------------	--------	-------

Lactos

Clavo

fosfor low

Filho

Firma Médico y sello

Firma y Aclaración Resp. Hospital



Conforme Beneficiario:

Firma y Sello Servicio

Carácter de acompañantc:

Tipo y N° de documento: