	NOMBRE **CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS**		CÓDIGO **17-FT-029**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **APOYO**	VERSIÓN 001

NOMBRE DEL PACIENTE:	**MÉDICO TRATANTE:**
NÚMERO DE DOCUMENTO:	**SEDE:**
FECHA DE INGRESO:	**CUBÍCULO/CAMA:**

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN CONCENTRACIÓN	DOSIS	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	HORA	
				DÍA	NOCHE