	NOMBRE **HISTORIA CLÍNICA: TARJETA DE MEDICAMENTOS**		CÓDIGO **03-FT-023**
CLÍNICA San Rafael	TIPO DE DOCUMENTO **FORMATO**	PROCESO **MISIONAL**	VERSIÓN 004

CONTROLADA

NOMBRE DEL PACIENTE:

N° IDENTIFICACIÓN: | **N° CAMA:** | **FECHA:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	HORA			HORARIO	OBSERVACIONES
				MAÑANA	TARDE	NOCHE		

INFUSIONES	

ALERGIAS A:

OBSERVACIONES:

Tarjeta elaborada por: _____