



JALISCO

HOJA DE INDICACIONES MÉDICAS (MED. PROLONGADO)

HOJA # _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

DIAGNOSTICO: _____

FECHA:	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	M	V	N	
MEDICAMENTO PROLONGADO																						
COMENTARIO:																						
FIRMAS ENFERMERIA/PARAMEDICO																						
FECHA:																						
COMENTARIO:																						
FIRMAS ENFERMERIA/PARAMEDICO																						
FECHA:																						
COMENTARIO:																						
FIRMAS ENFERMERIA/PARAMEDICO																						

***NOTA: EN CASO DE SEGUIR CON TRATAMIENTO Y CAMBIAR DE HOJA, SE DEBERA CANCELAR ÉSTA CON UNA DIAGONAL Y LA SIGUIENTE HOJA DEBERÁ NUMERARSE Y GRAPARSE A ÉSTA.