



INGRESO CLIENTE ECO

FOLIO: _____
FECHA: _____

NOMBRE PACIENTE:

RUT:

CONVENIO:

ENFERMEDAD:

1) _____

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

2) _____

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

Medicamento:..... Dosis:.....
.....

NOMBRE MEDICO:

RUT:

ESPECIALIDAD:

LUGAR CONSULTA:

TELEFONO:

FIRMA Y TIMBRE MEDICO

NOTA: Nos dejamos el derecho a suspender el convenio unilateralmente si hace mal uso de la información o de los medicamentos recetados.