INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER	SALUD PÚBLICA	Código: F-SP-VC23-10
	FICHA DE CONTROL FARMACODEPENDIENTE	Fecha de Aprobación: 28/02/11
		Versión: 01
		Página 1 de 1

FICHA DE CONTROL FARMACODEPENDIENTE

MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL

Apellidos y Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: D M A Tipo de Documento: C.C. T.I. C.E. Nº _____ De: _____

Dirección: _____ Barrio: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Hipersensibilidad a: _____

Antecedentes en uso de MCE: _____

Fecha Despacho	Registro Médico	Medicamento (Generico, forma Farmacéutica y concentración	Dosis Prescrita	Cantidad Entregada	Duración	Fecha de Terminación	Nombre de Quien Recibe	Quien Despacha	Aceptabilidad		
									Buena	Regular	Mala

COPIA CONTROLADA

OBSERVACIONES: _____