

NOMBRE: _____ CI: _____

PACNUM: _____ FECHA: ____/____/____

MEDICAMENTO	DOSIS/DIA	CANT . DIAS	COMPRIMIDOS ENTREGADOS	UNIDADES/ BLISTER
BUOPRION	150mg .			
RESINATO DE NICOTINA (NICOGOM)	2mg .			

Dr. /a _____

ENTREGADO EN LA FECHA: ____/____/____

NOMBRE FUNCIONARIO: _____

FIRMA: _____

Fondo Nacional de Recursos:
18 de Julio 985 – Galería Cristal – 3° Piso
901 4091 int. 173
Horario: 9 a 17 h.