

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
SEGURO SOCIAL CAMPESINO

Dispensario. ....

Hist. Clín. N° ..... C. I. ....

Ap. Paterno

A: Materno

Nombres

Fecha: .....

Rp.

.....  
Firma y Código del Médico

Código del medicamento

Cantidad

(AL REVERSO FIRMA DE RECEPCION DEL MEDICAMENTO).

Form: N° 6100-43-1'100.000-2003-07-31-2065-SSC: