

Recetas

*Al anotar la prescripción la hoja del formulario
se convierte en una “Receta”*

Teoría

Nombres de los medicamentos*

- * **Químico IUPAC:** [2-[(8R,10S,11S,13S14, S16, S,17R)-9-cloro-11-hidroxi-10,13,16-trimetil-3-oxo-17-propanoiloxi-6,7,8,11,12,14,15,16-octahidrociclopenta[a]fenantren-17-il]-2-oxoetil] propanoato.
- * **Clave:** SCN 1000 (ipratropio)
- * **Oficial:** dipropionato de beclometasona (Farmacopea de los Estados Unidos y el Formulario Nacional).
- * **Genérico:** dipropionato de beclometasona (United States Adopted Name)
- * **De marca o de fantasía:** Beclovent® (Glaxo Wellcome)


Tipos de recetarios*

- * Electrónicos.

- * Impresos:

- ◆ Para prescribir medicamentos psicotrópicos.
- ◆ Para prescribir medicamentos estupefacientes.
- ◆ Para prescribir cualquier otro medicamento (corriente, estándar, blanco).

Recetario de psicotrópicos*

		MINISTERIO DE SALUD JUNTA DE VIGILANCIA DE DROGAS ESTUPEFACIENTES		No. 3392652	
COD. _____		Dr. _____		TEL. _____	
PARA _____		NOMBRE _____		1er. APELLIDO _____	
DOMICILIO _____		2do. APELLIDO _____		No. IDENTIFICACIÓN _____	
EDAD: _____					
R/ MEDICAMENTO A PRESCRIBIR _____					
DOSIS DIARIA _____					
TOTAL DE PRESCRIPCIÓN (EN # Y LETRAS) _____					
PSICOTRÓPICOS					
ORIGINAL					
FIRMA AUTORIZADA					

NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL FARMACÉUTICO: _____	
SELLO DE LA FARMACIA: _____	
FECHA DE DESPACHO: _____	
RECIBIDO CONFORME _____	NOMBRE, FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE RETIRA _____
NOTA: TRATAMIENTO PERMITIDO POR RECETA PARA 30 DÍAS MÁXIMO	

Recetario de estupefacientes*

 **MINISTERIO DE SALUD**
JUNTA DE VIGILANCIA DE DROGAS ESTUPEFACIENTES

No. **3341048**

DÍA MES AÑO

COD. _____ Dr.: _____ TEL.: _____

PARA _____
NOMBRE _____ 1ER APELLIDO _____ 2DO APELLIDO _____

DOMICILIO _____ No. IDENTIFICACIÓN _____ EDAD _____

R/ MEDICAMENTO A PRESCRIBIR _____

DOSIS DIARIA _____

TOTAL DE PRESCRIPCIÓN (EN # Y LETRAS) _____

ESTUPEFACIENTES

ORIGINAL

FIRMA AUTORIZADA

ESCRIBA CON FIRMEZA

3341048

NOMBRE, FIRMA Y CÓDIGO DEL FARMACÉUTICO: _____

SELLO DE LA FARMACIA: _____

FECHA DE DESPACHO: _____

RECIBIDO CONFORME: _____

NOMBRE, FIRMA Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA QUE RETIRA: _____

NOTA: TRATAMIENTO PERMITIDO POR RECETA PARA 30 DÍAS MÁXIMO.

Recetario “corriente”

Oficial: Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Odontólogos

COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS
REPUBLICA DE COSTA RICA

Dra. Maria Eliana Caro López
Código: 11703
8666-5522
Consultorio Médico López, 100de la Iglesia Católica
dra.lopezc@medicos.cr
Medicina General y Mixta, Adultos, Niños, Consulta Domiciliar

Fecha: _____ Número de Identificación: _____

Nombre: _____



Tel.: 2210-2243 - 2210-2245 - 2210-2250 • www.medicos.cr "Un Colegio para todos"

DR. [Redacted]

Nombre del Paciente: [Redacted]

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Inyectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN	Inyectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 750 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 500 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>	TONVAL 40 mg	Tomar una tableta cada día por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	DERETUX 30 mg	Tomar una vez al día por <u>3</u> días.
<input type="checkbox"/>	CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por _____ días.

Observaciones: _____

Firma: [Redacted]

Rowe Nota: Favor no cambiar los medicamentos de esta receta




CR0712

Partes de la receta*

1- Encabezado: datos de quien prescribe y datos del/la paciente.

2- Cuerpo:

- a- superinscripción
- b- inscripción
- c- subinscripción
- d- instrucción.

	Dra. Maria Eliana Caro López Código: 11703 8666-5522 Consultorio Médico López, 100 de la Iglesia Católica dra.lopez@medicos.cr Medicina General y Mixta, Adultos, Niños, Consulta Domiciliar
	
Fecha:	Número de Identificación:
Nombre:	
R/ Amoxicilina en polvo para suspensión. Dispensar dos frascos de 60 mL (#2) con jeringa. s/ Tomar 5 mL a las seis de la mañana, dos de la tarde y diez de la noche por siete días para la infección. Descartar el sobrante. Tomar por el tiempo indicado.	
	Fecha y sello No.
Tel.: 2210-2243 - 2210-2245 - 2210-2250 • www.medicos.cr "Un Colegio para todos"	

Partes de la receta*

1- Encabezado: datos de quien prescribe y datos del/la paciente.


2- Cuerpo:

a-superinscripción


b- inscripción

c-subinscripción

d-instrucción



Colegio de Médicos y Cirujanos
República de Costa Rica


Dra. Maria Eliana Caro López
Código: 11703
8666-5522
Consultorio Médico López, 100de la Iglesia Católica
dra.lopezc@medicos.cr
Medicina General y Mixta, Adultos, Niños, Consulta
Domiciliar



Fecha: _____ Número de Identificación: _____
Nombre: _____

R/
Amoxicilina en polvo para suspensión 250mg / 5 mL.
Dispensar dos frascos de 60 mL (#2) con jeringa.
s/ Tomar 5 mL a las seis de la mañana, dos de la tarde y diez de la noche por siete días para la infección.
Descartar el sobrante. Tomar por el tiempo indicado.


Firma y sello

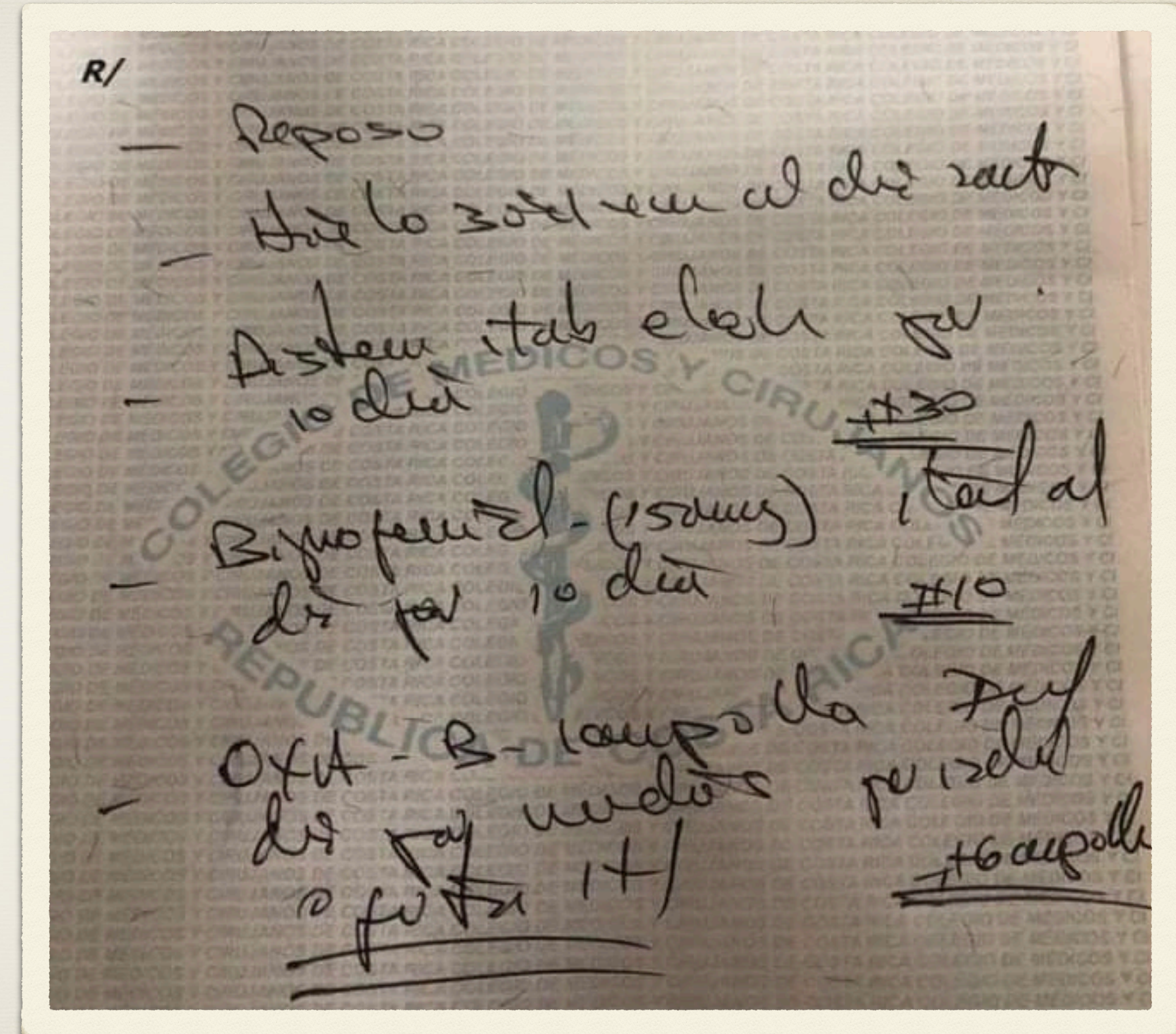

No.

Tel.: 2210-2243 - 2210-2245 - 2210-2250 • www.medicos.cr "Un Colegio para todos"

Práctica

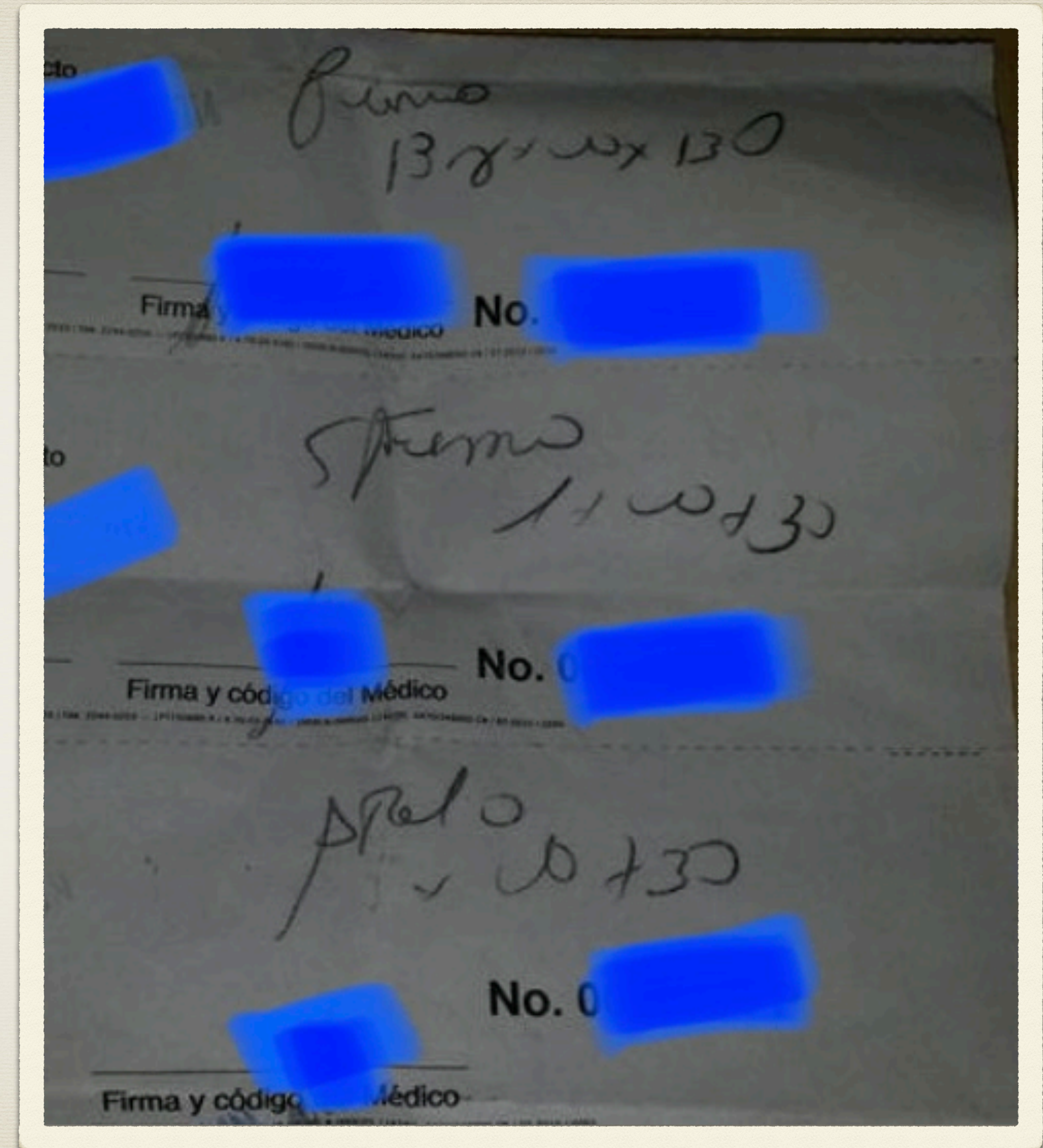
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



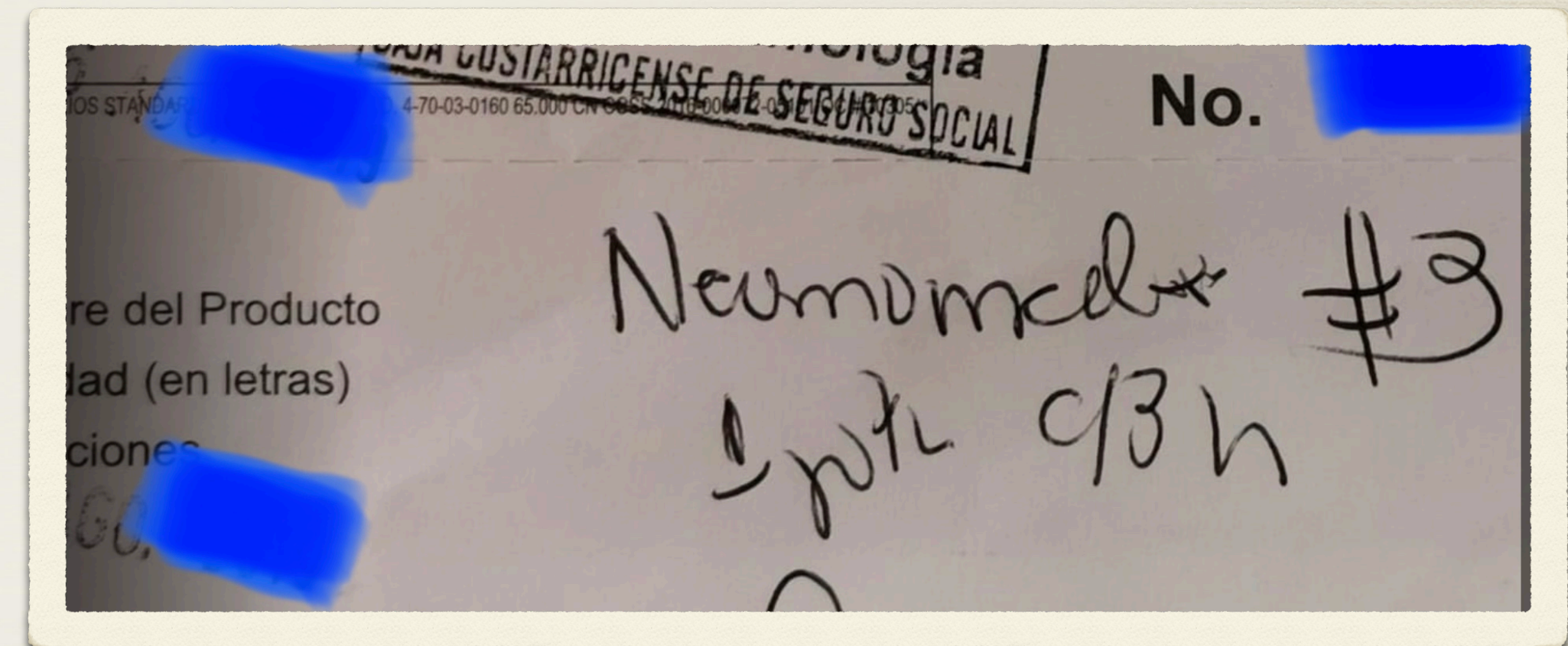
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

Nombre del Paciente: _____

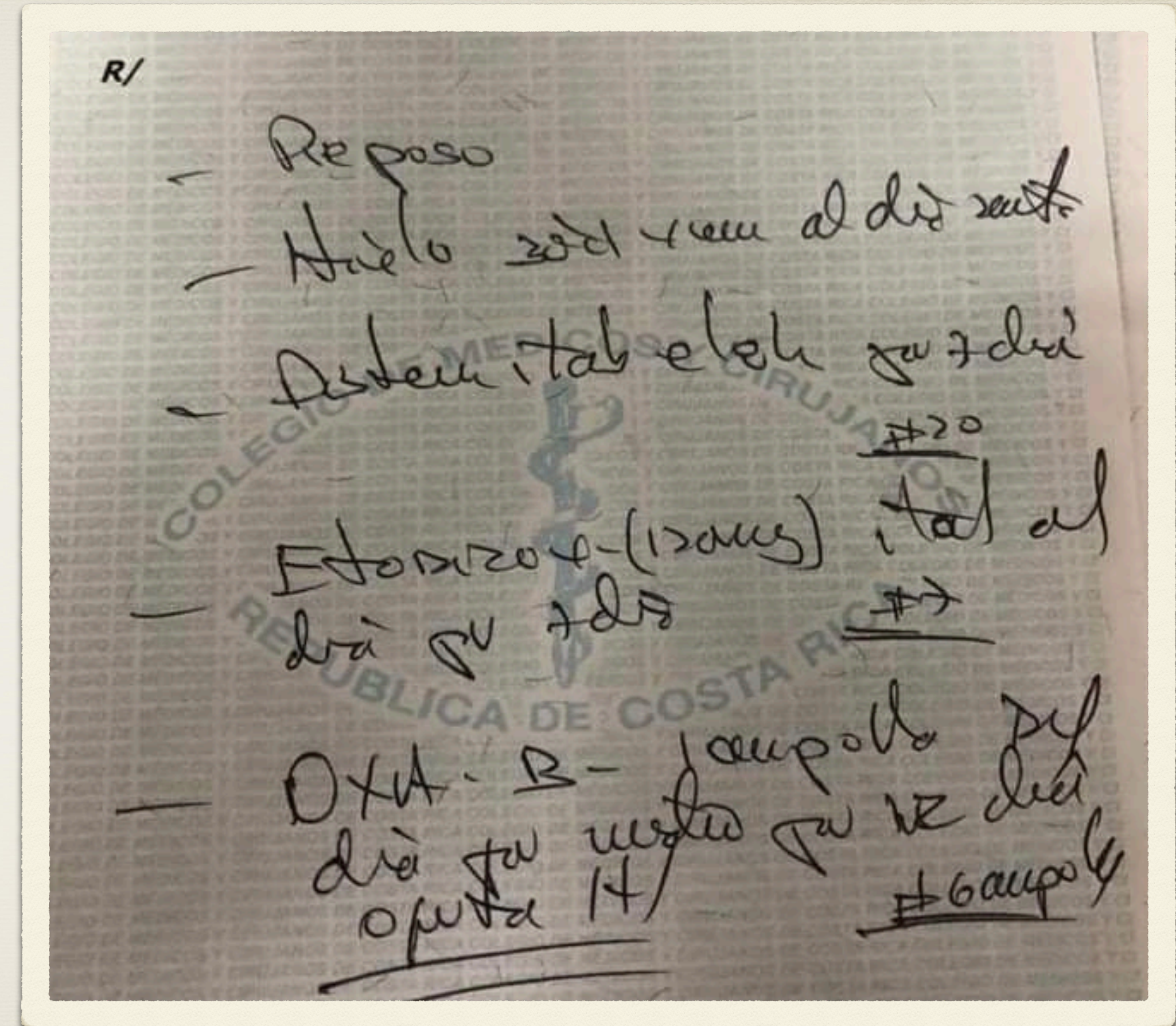
<input type="checkbox"/> OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/> OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por <u>2</u> días.
<input type="checkbox"/> OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/> OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/> OXA B	Injectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/> OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/> OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/> ANALGAN	Injectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/> ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/> MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/> C	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/> F	14 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/> F	24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/> TC	la por _____ días.
<input type="checkbox"/> DERETUAL 30 mg	Tomar una vez al día por _____ días.
<input type="checkbox"/> CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por _____ días.

Observaciones: _____

Quotal
2+1 3+2

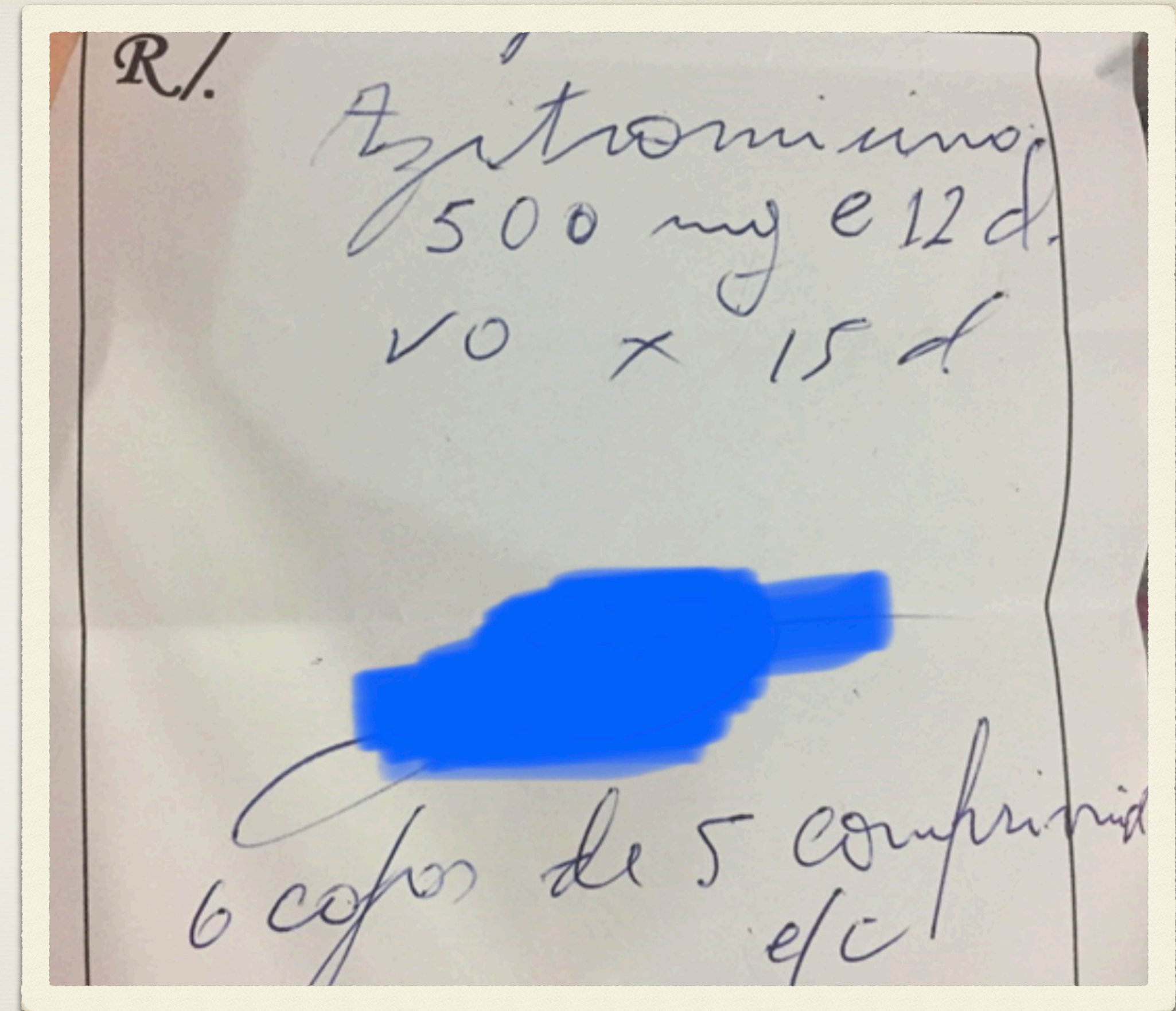
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

Formulario de prescripción médica con opciones de medicamentos y dosis:

- ☐ OXA FORTE Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
- ☒ OXA UNO Tomar una cápsula cada día por 3 días.
- ☐ OXA 75SR Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
- ☐ OXA B Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
- ☐ OXA 50mg Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
- ☐ OXA 75 Imi Aplicar cada 24 hrs _____ días.
- ☐ ANALGAN Inyectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
- ☐ ANALGAN 20 mg Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
- ☐ MATRIX Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
- ☐ _____ cada 24 horas por 5 días.
- ☐ _____ cada 24 horas por 5 días.
- ☐ _____ cada 24 horas por 7 días.
- ☐ TONVAL 40 mg _____ da día por _____ días.

Observaciones: Adice

Quotal
Antidoloroso
a largo duración

2+1 **3+2**

Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

MINISTERIO DE SALUD
JUNTA DE VIGILANCIA DE DROGAS ESTUPEFACIENTES

Dr.: BE [REDACTED]

NOMBRE [REDACTED] 1er. APELLIDO [REDACTED]

DIRECCIÓN [REDACTED] No. IDENTIFICACION: [REDACTED]

EDICAMENTO A PRESCRIBIR Rivotril gotas

S DIARIA 5 cts bid

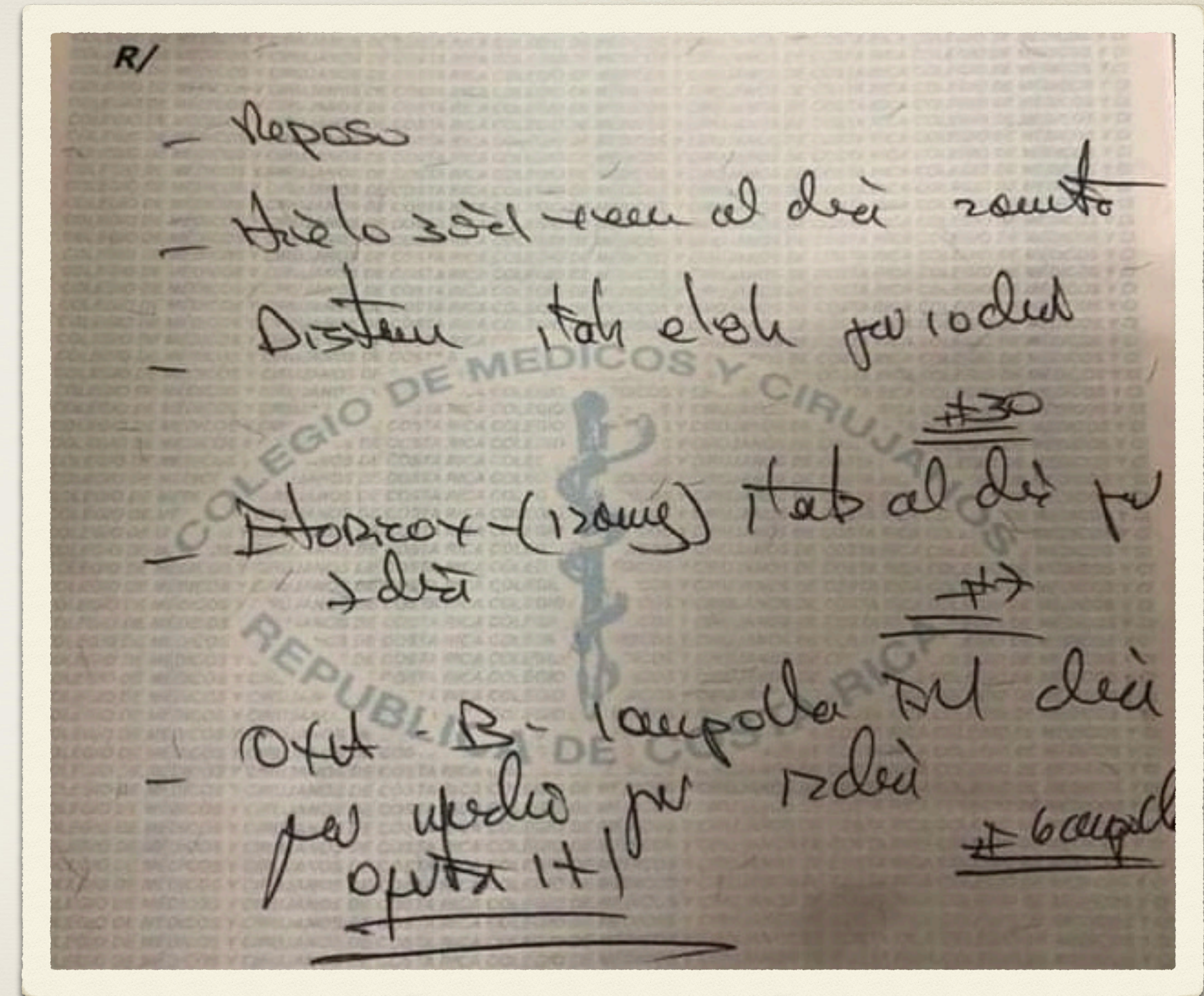
PLAZA DE PRESCRIPCION (EN # Y LETRAS) Dos Frascos C#2), 1 mes

PSICO

ORIGINAL

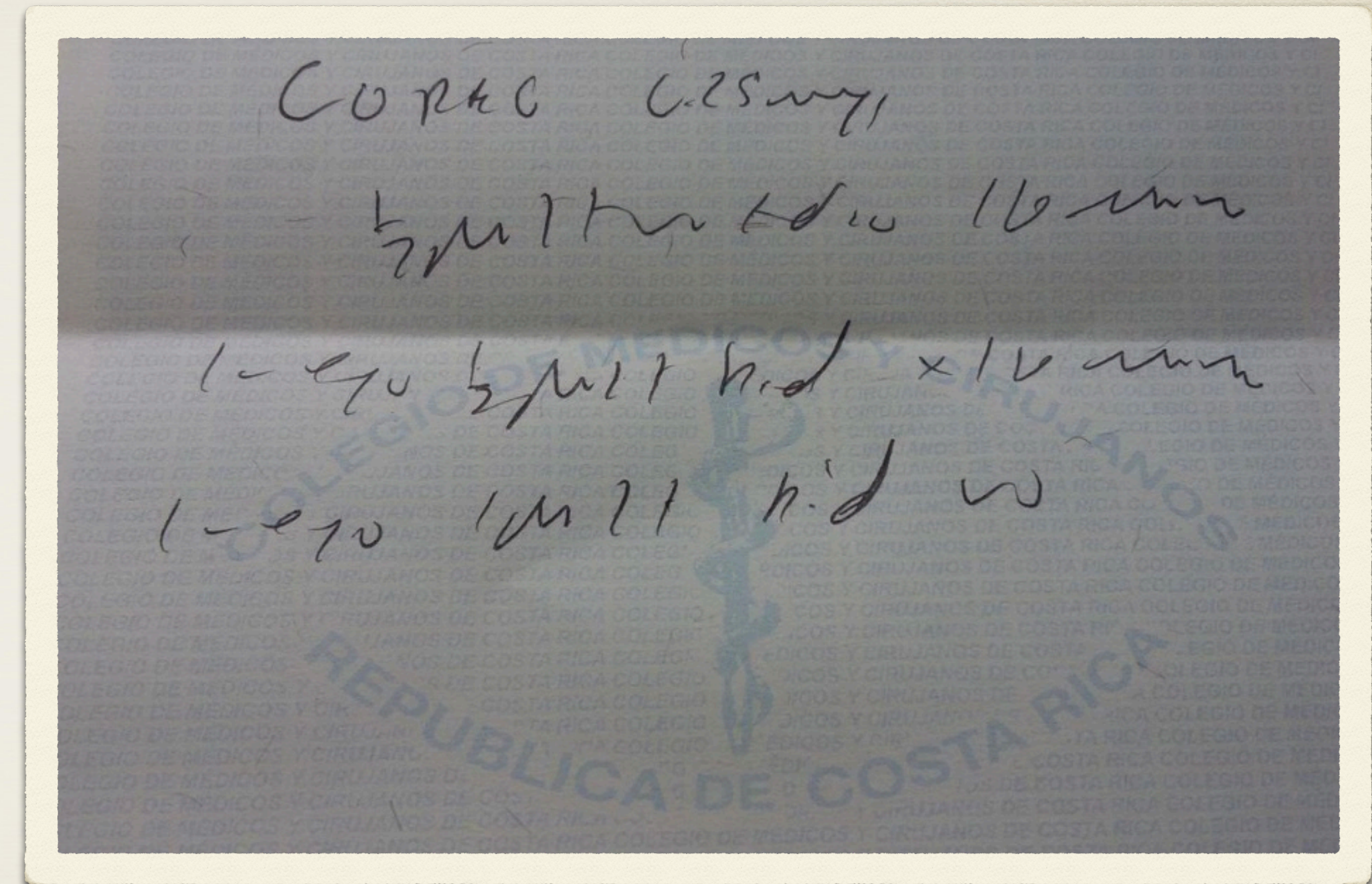
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



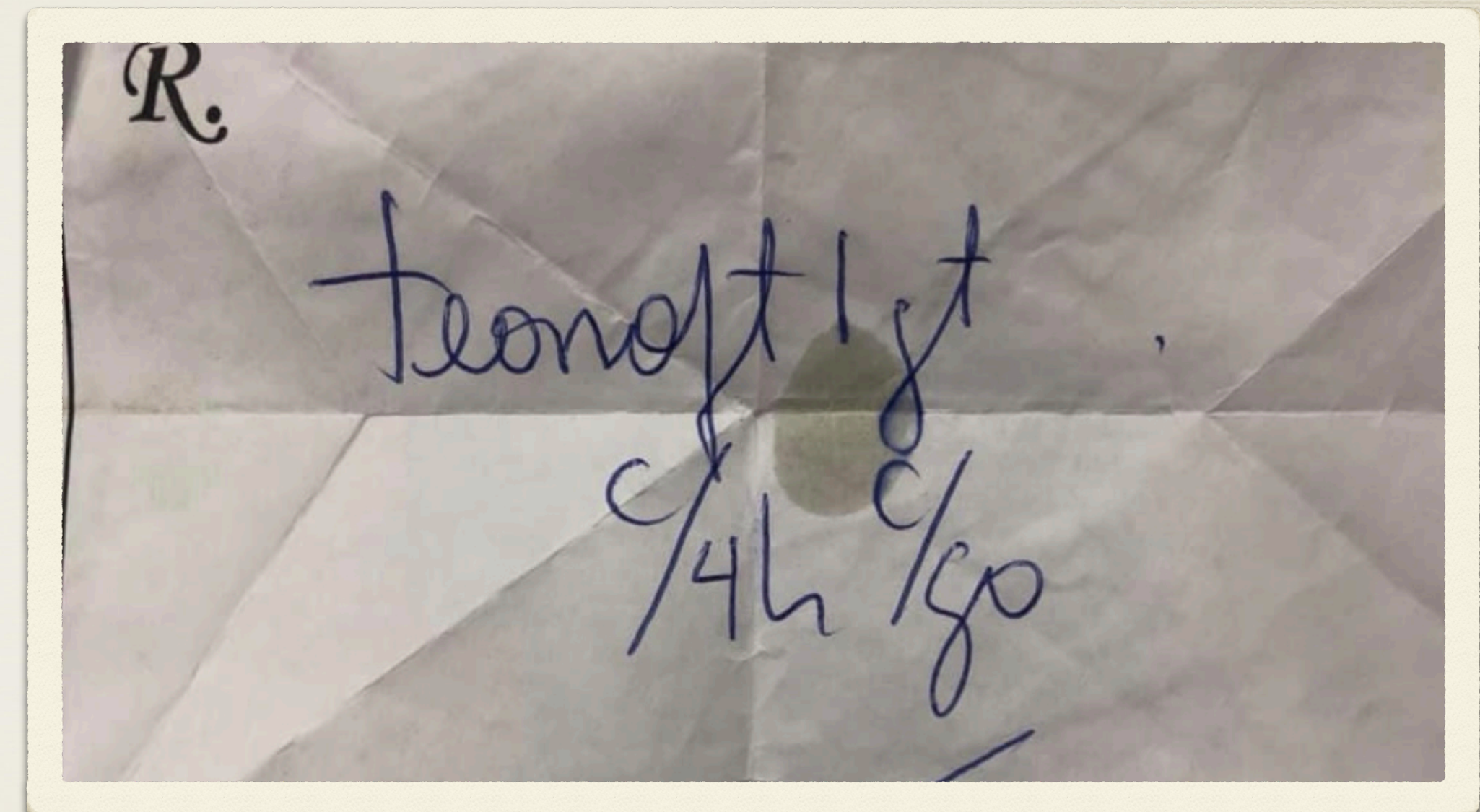
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procedererías?



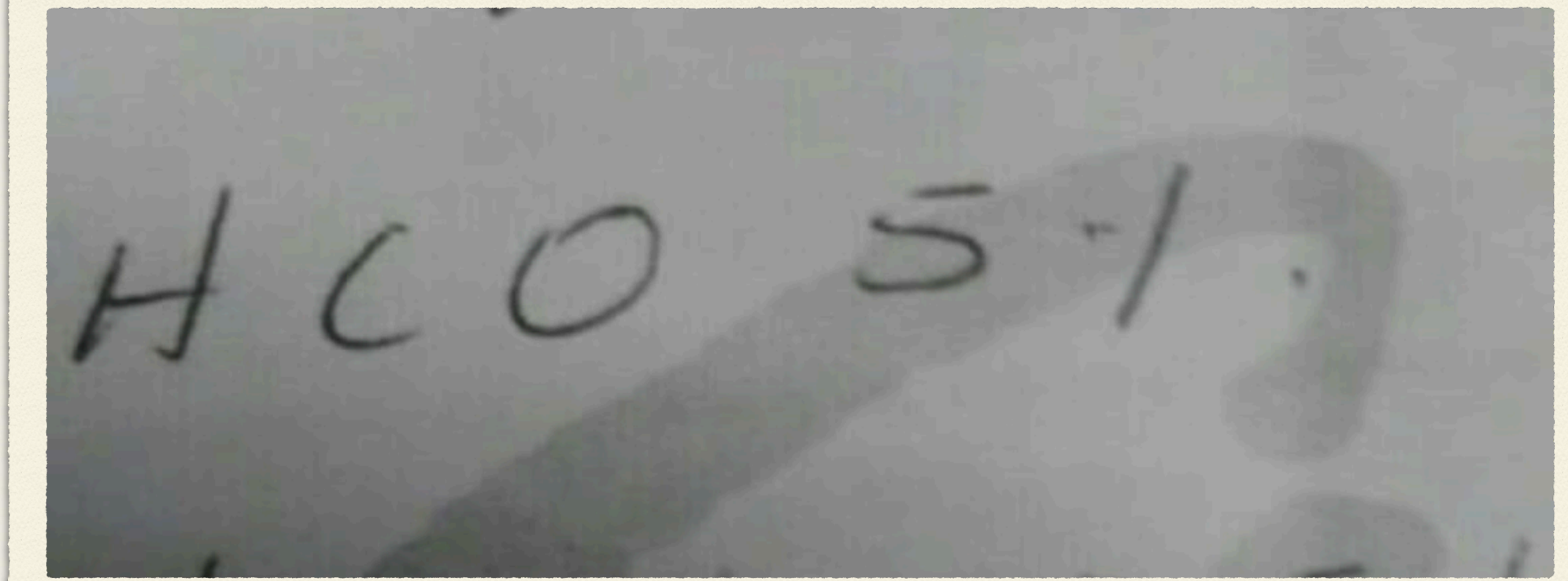
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



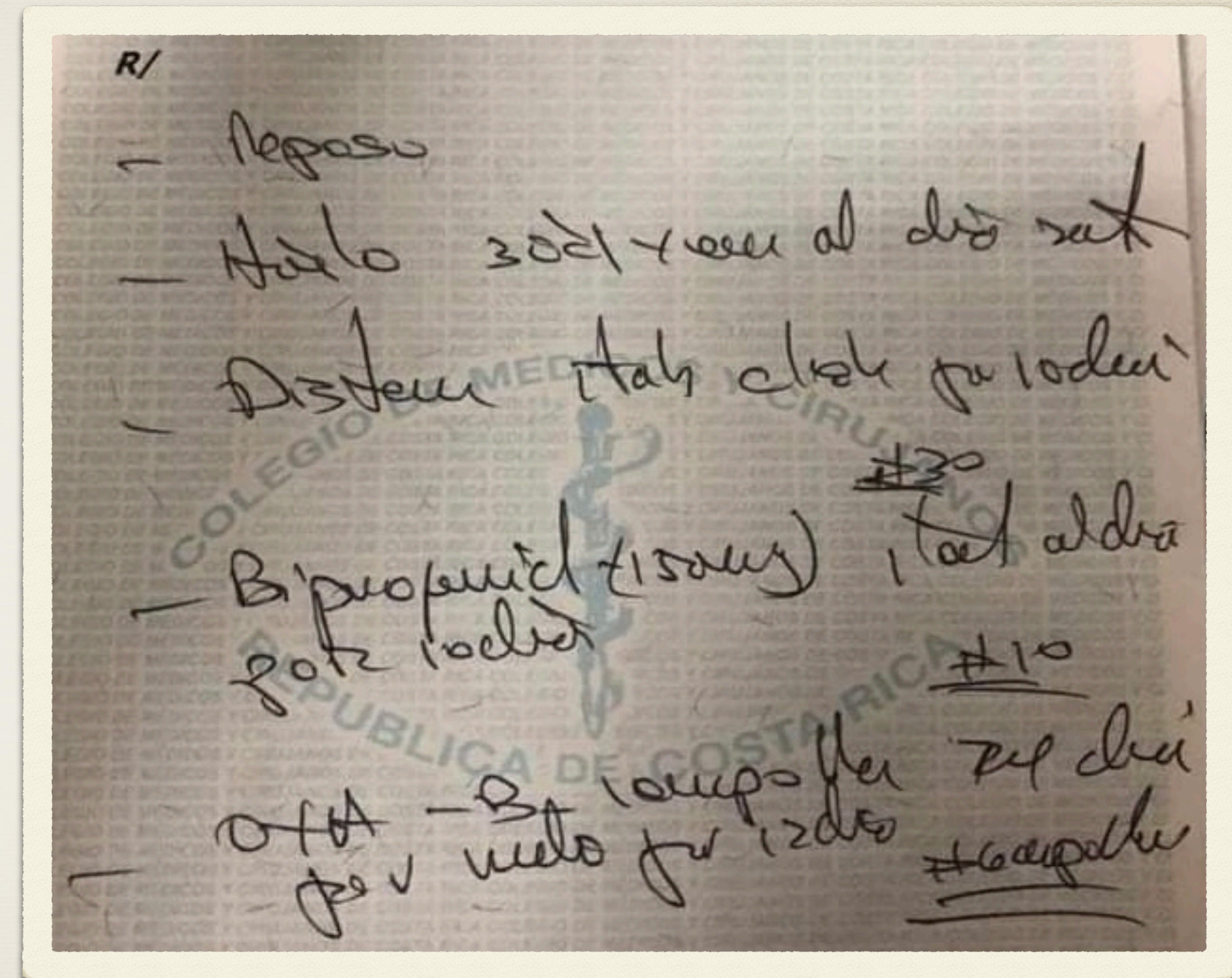
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



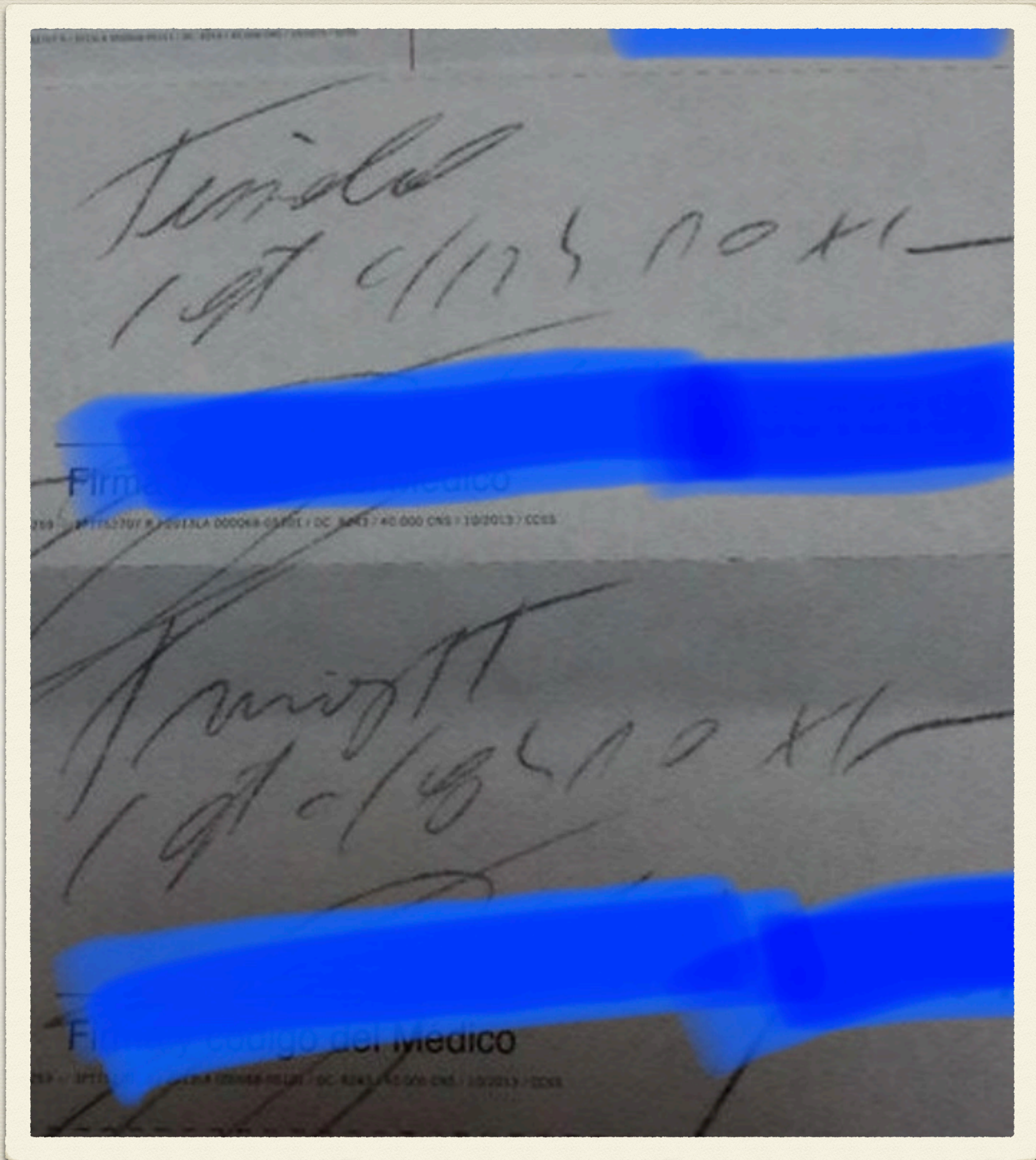
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



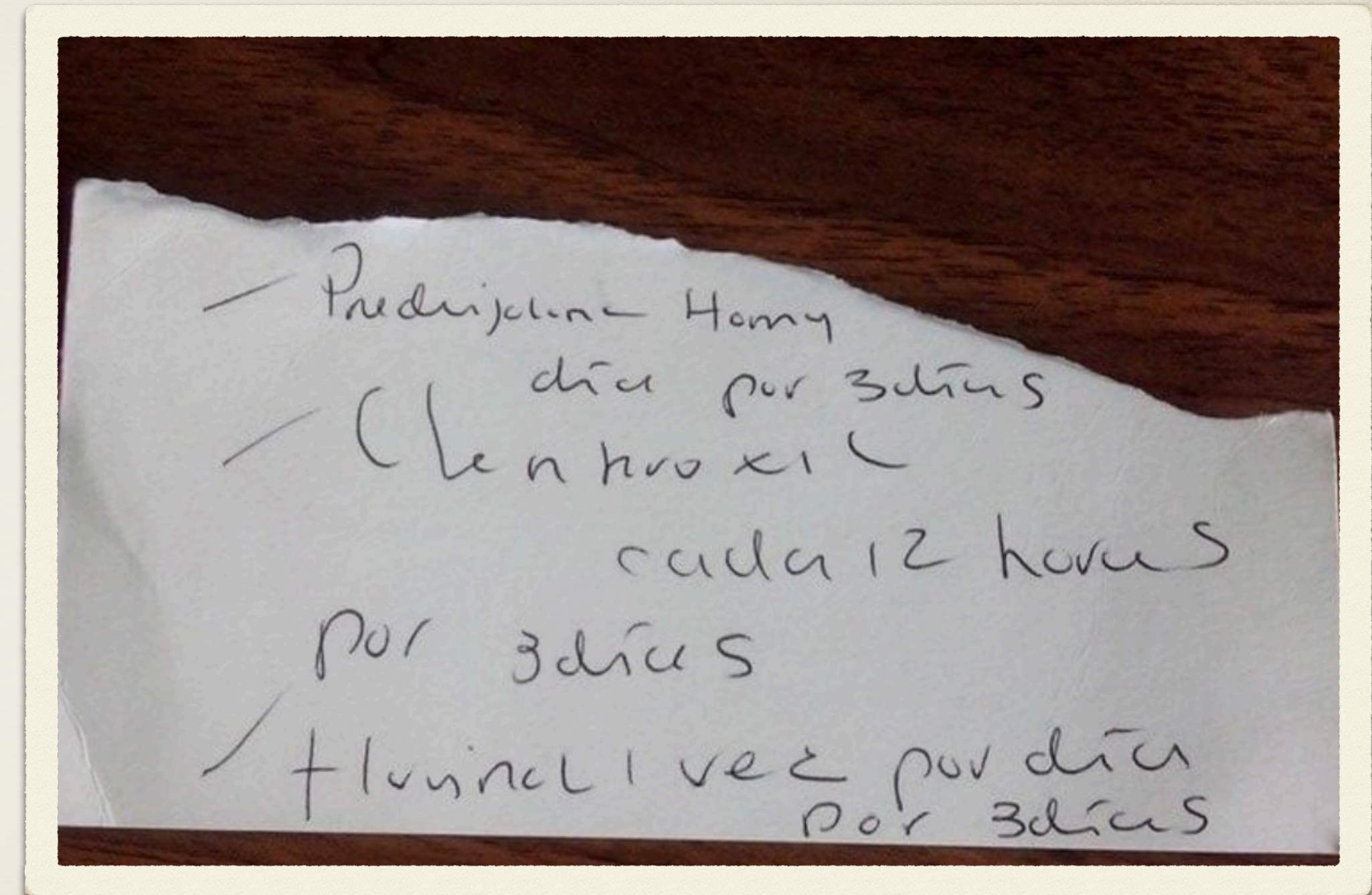
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

CLÍNICAS DENTALES
PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: [REDACTED]

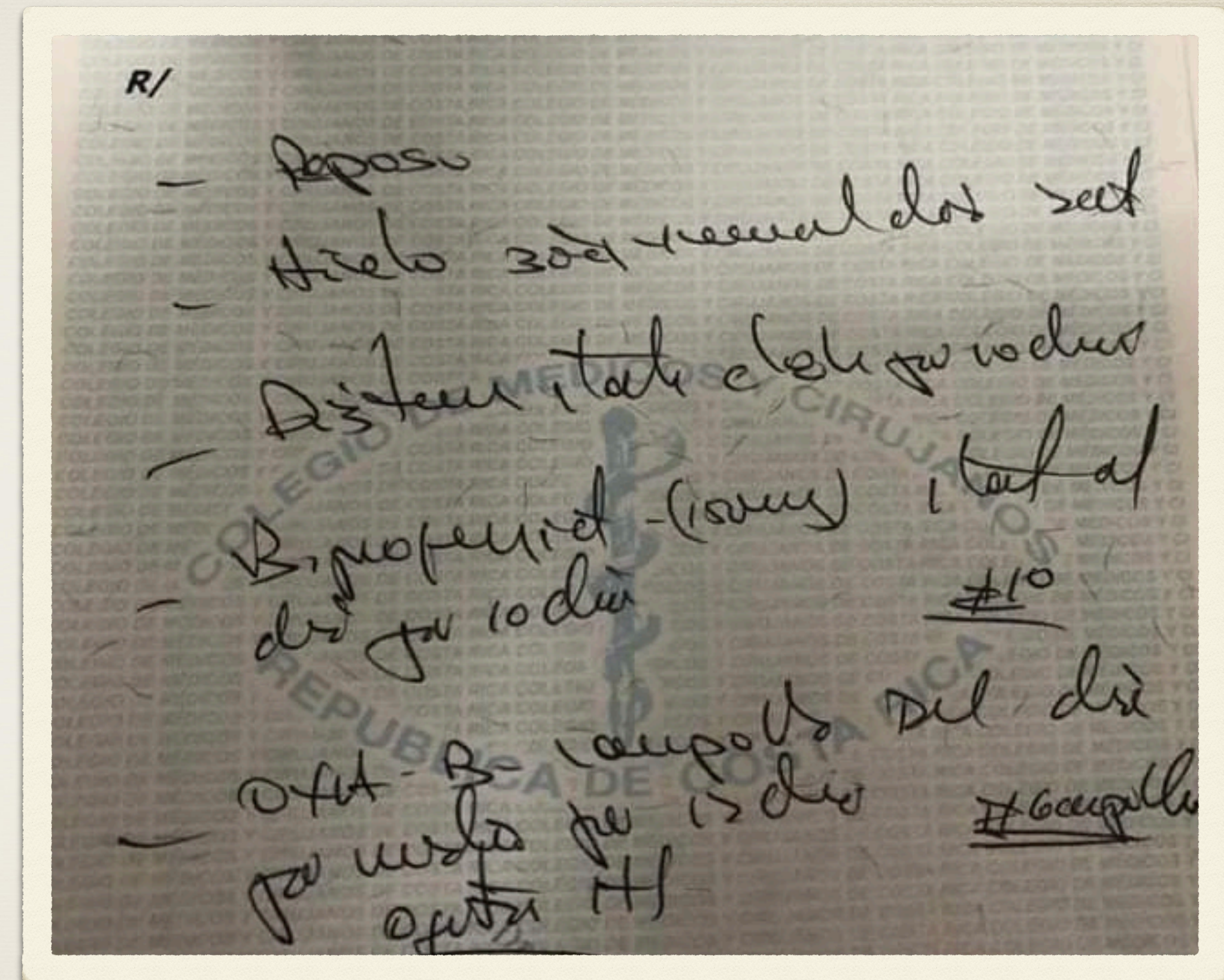
Nombre del médico: [REDACTED]

Quind. rec. 500- #7

19242 x 7

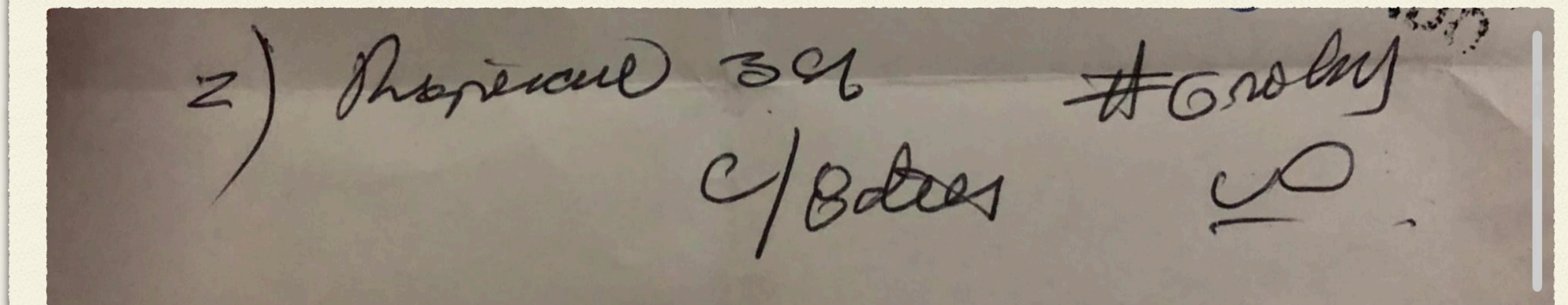
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

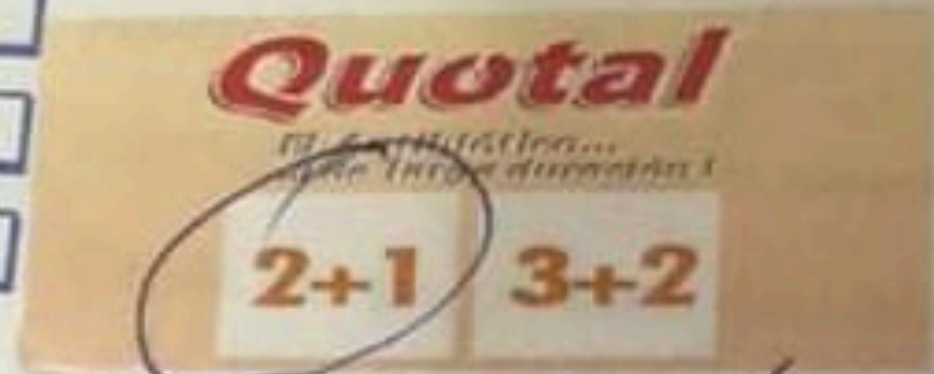


2) *Propuesta 3%* *#600m*
C/800m *∞*

Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por <u>4</u> días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar cada 24 hrs _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN Inyectable 60 mg	Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido _____ ras por 5 días.
<input type="checkbox"/>		la 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		la 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>		día por _____ días.

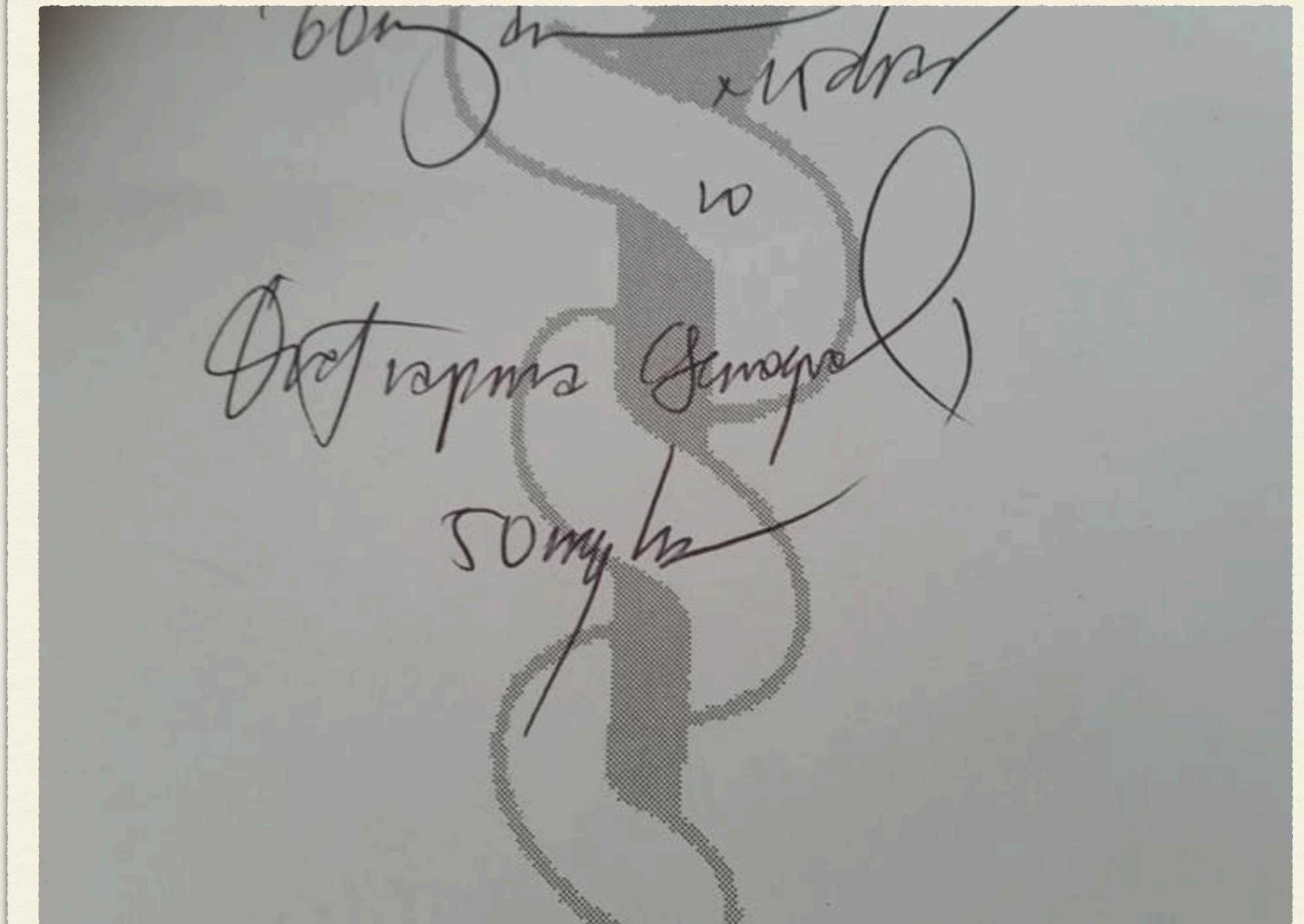


Quotal
2+1 3+2

Observaciones: Adic

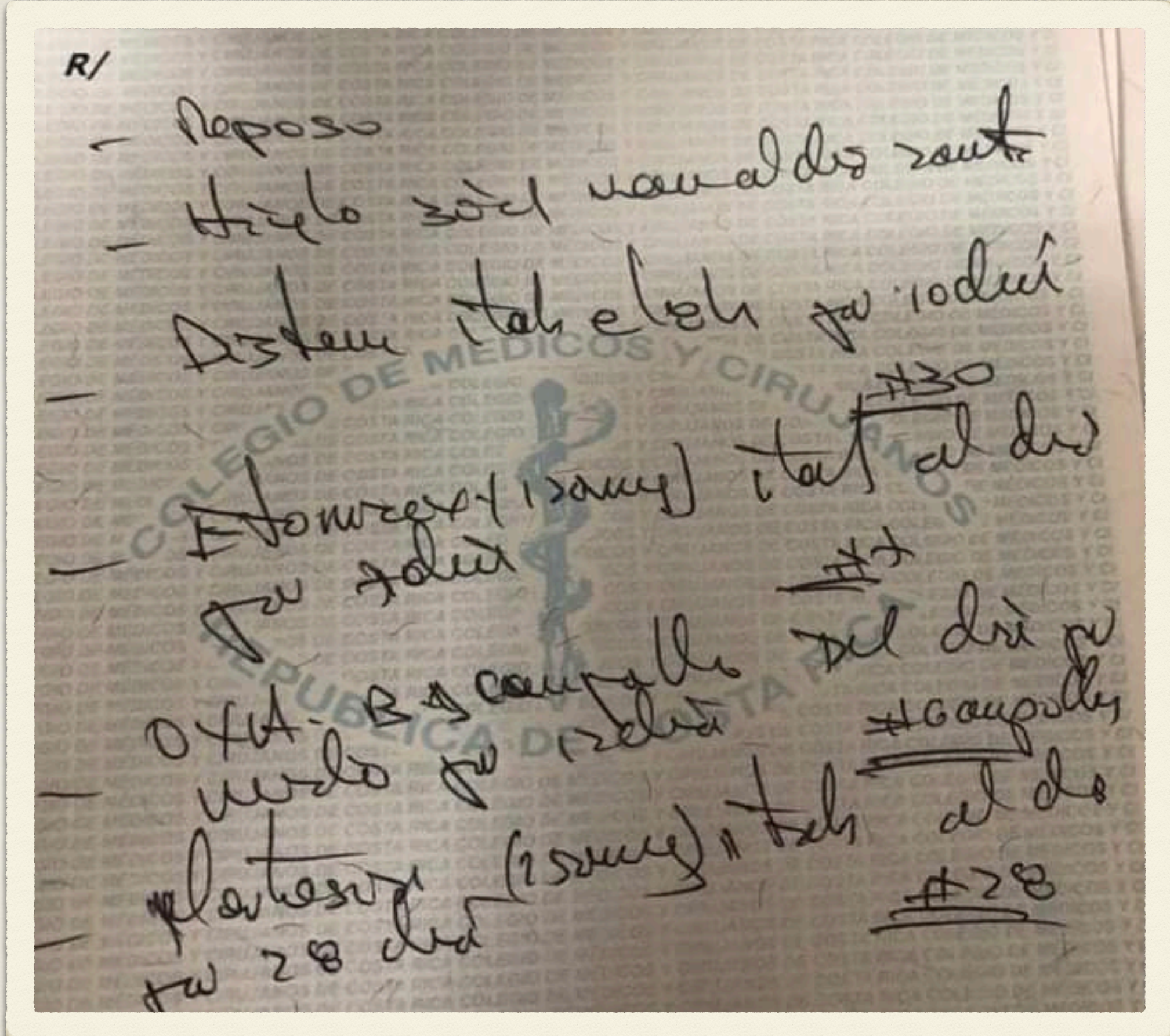
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



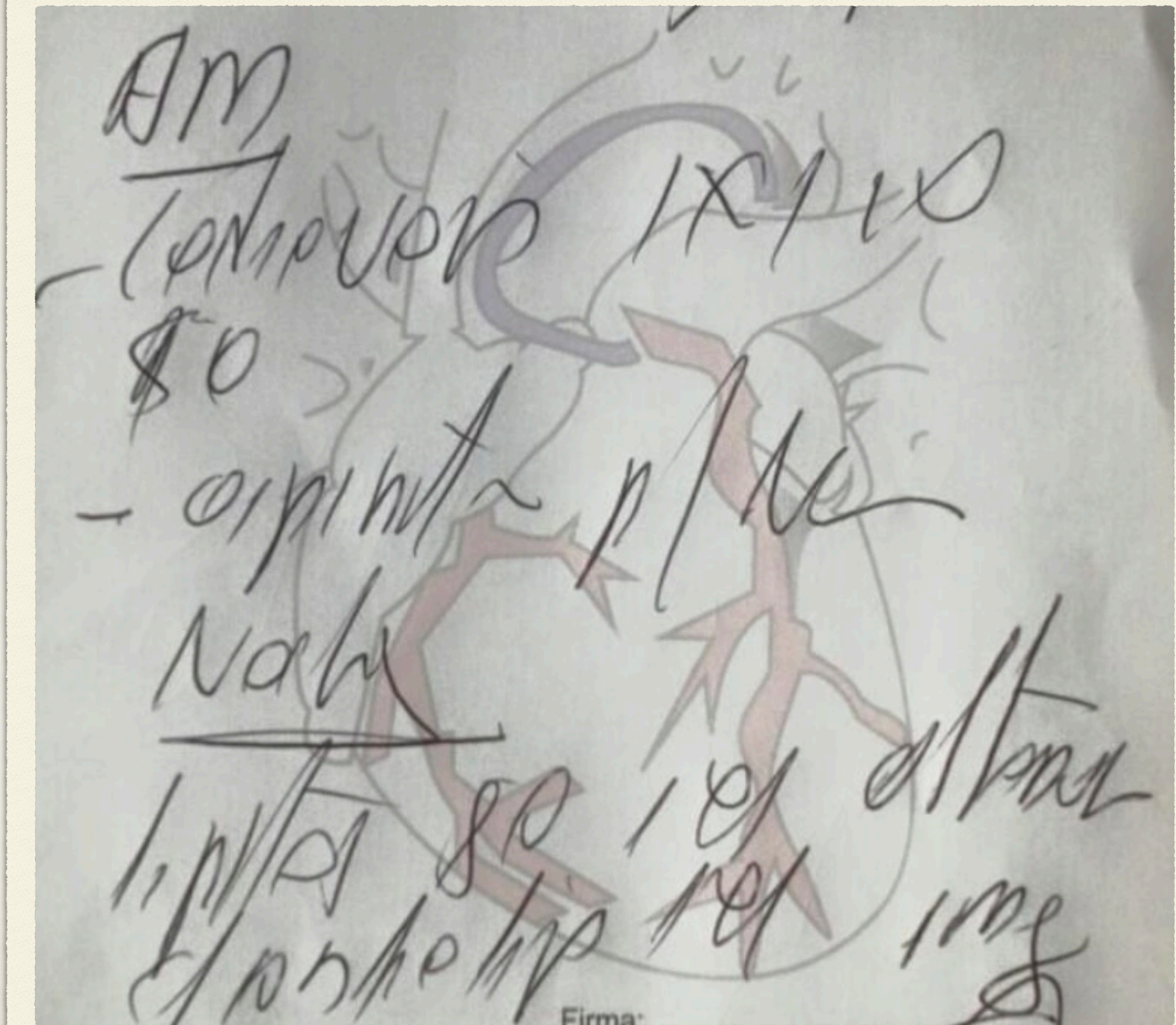
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



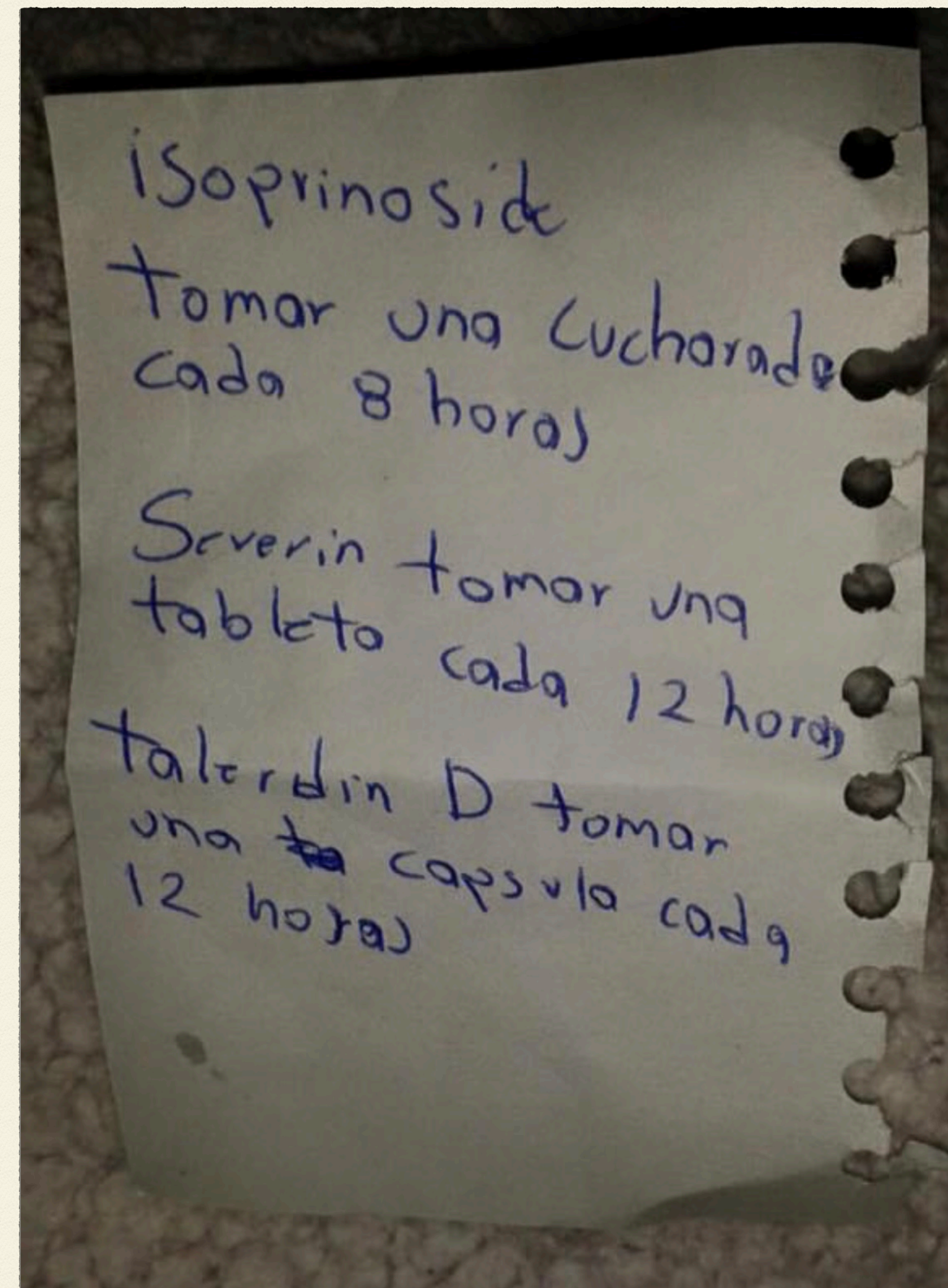
Handwritten notes on a piece of paper, possibly a receipt or invoice, with a faint background drawing of a person's head and shoulders. The text is written in cursive and includes:

- AM
- Tempor 1X110
- \$0
- original p/te
- Nah
- 1/1/12 80 10/12 10/12
- 1/1/12 80 10/12 10/12

The word "Firma:" is visible at the bottom right of the paper.

Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



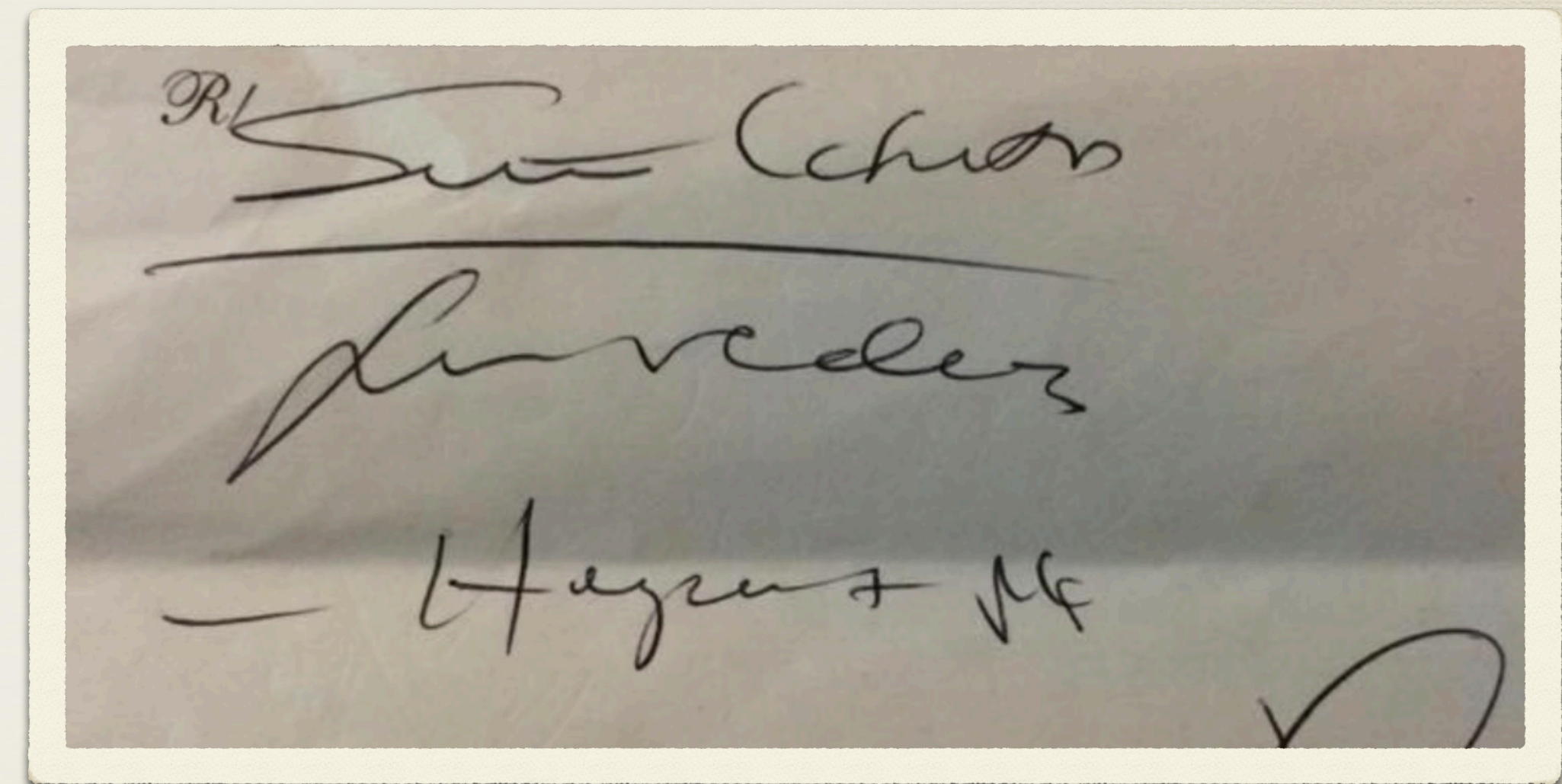
iSoprinoside
Tomar una cucharada
cada 8 horas

Severin tomar una
tableta cada 12 horas

talerdin D tomar
una ~~ta~~ capsula cada
12 horas

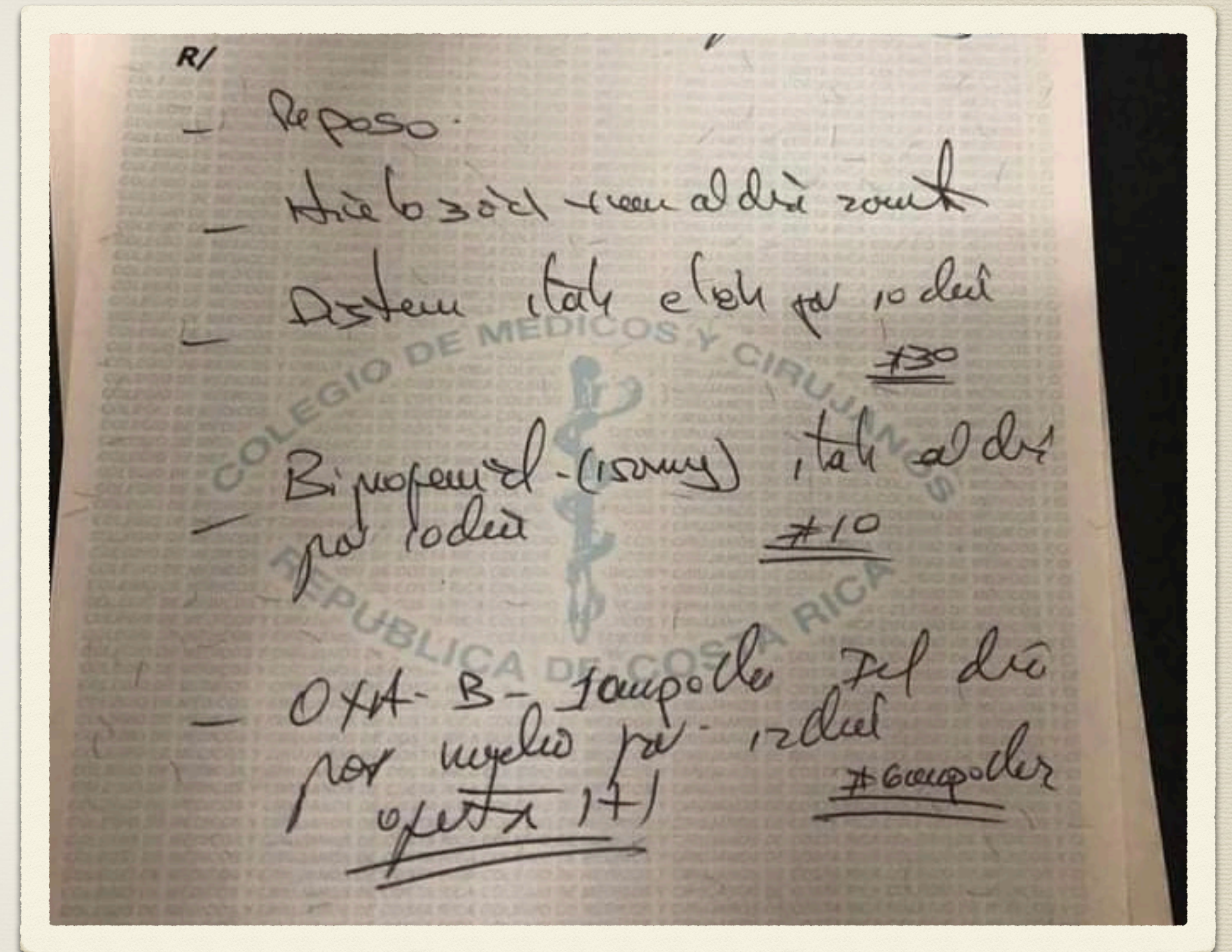
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Injectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	ANALGAN	Injectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
<input checked="" type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 750 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 500 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>	TONVAL 40 mg	Tomar una tableta cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	DERETUAL 30 mg	Tomar una vez al día por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por <u>7</u> días.

Observaciones: Mopen & Amoxiclav

Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

✓

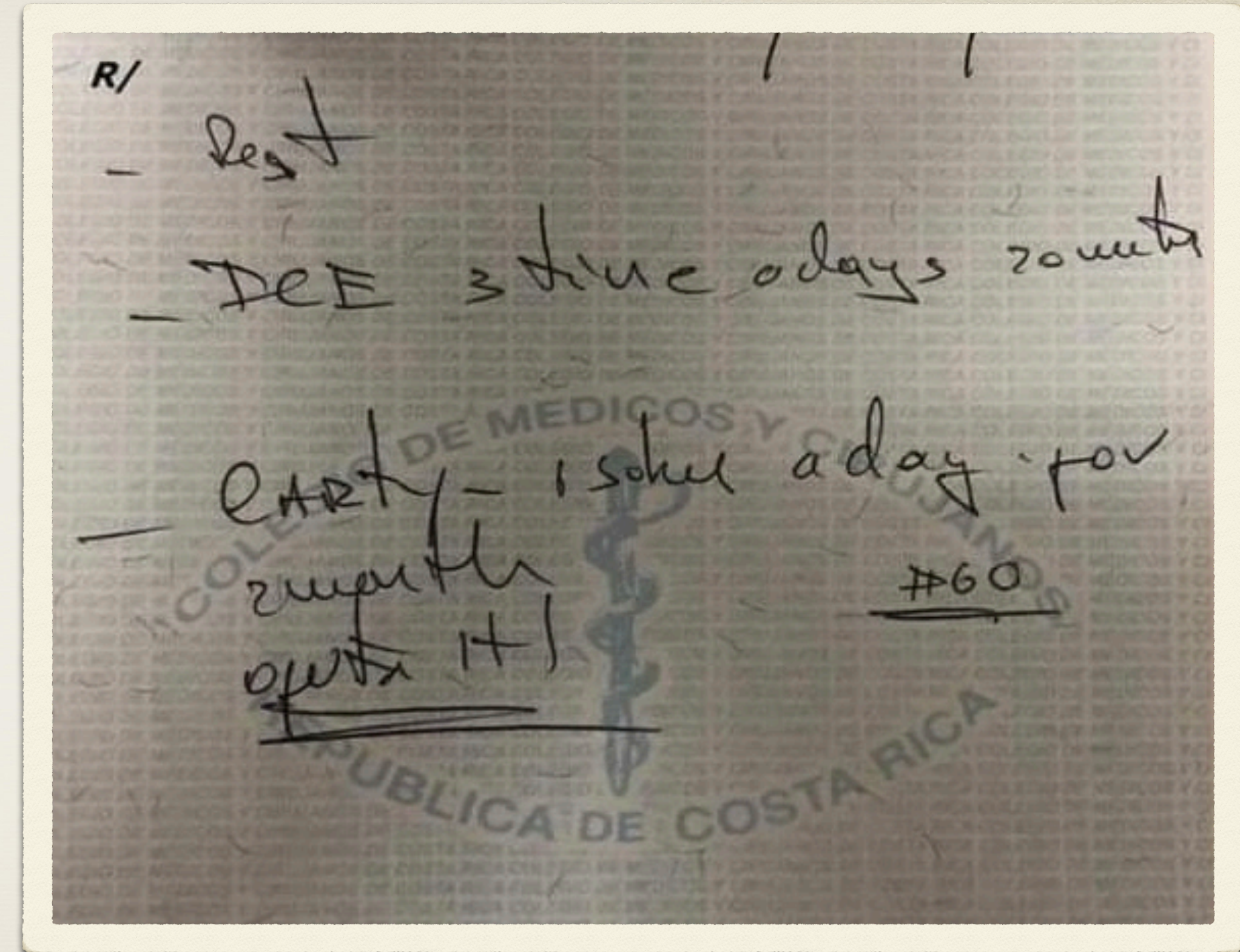
<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días
<input checked="" type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por <u>21</u> días <u>2</u>
<input type="checkbox"/>	OXA 750R	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días
<input type="checkbox"/>	OXA B	inyectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días
<input type="checkbox"/>	ANALGAN	inyectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días
<input type="checkbox"/>	MATREX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días
<input type="checkbox"/>		24 horas por 5 días
<input type="checkbox"/>		24 horas por 7 días
<input type="checkbox"/>		lia por _____
<input type="checkbox"/>		_____ días
<input type="checkbox"/>	CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por _____

Observaciones: Adic

Quotal
2+1 3+2

Analiza


Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

ODONTOLOGÍA

Pa  FECHA: 02-02-19

R/ Azitromicina 500 mg
1^c/24 horas (~~7~~ días) V.O.

Conantyum 75 mg c/8 h.
V.O. (3 días).

Flexacor 1^c/24 h.
x 3 días.

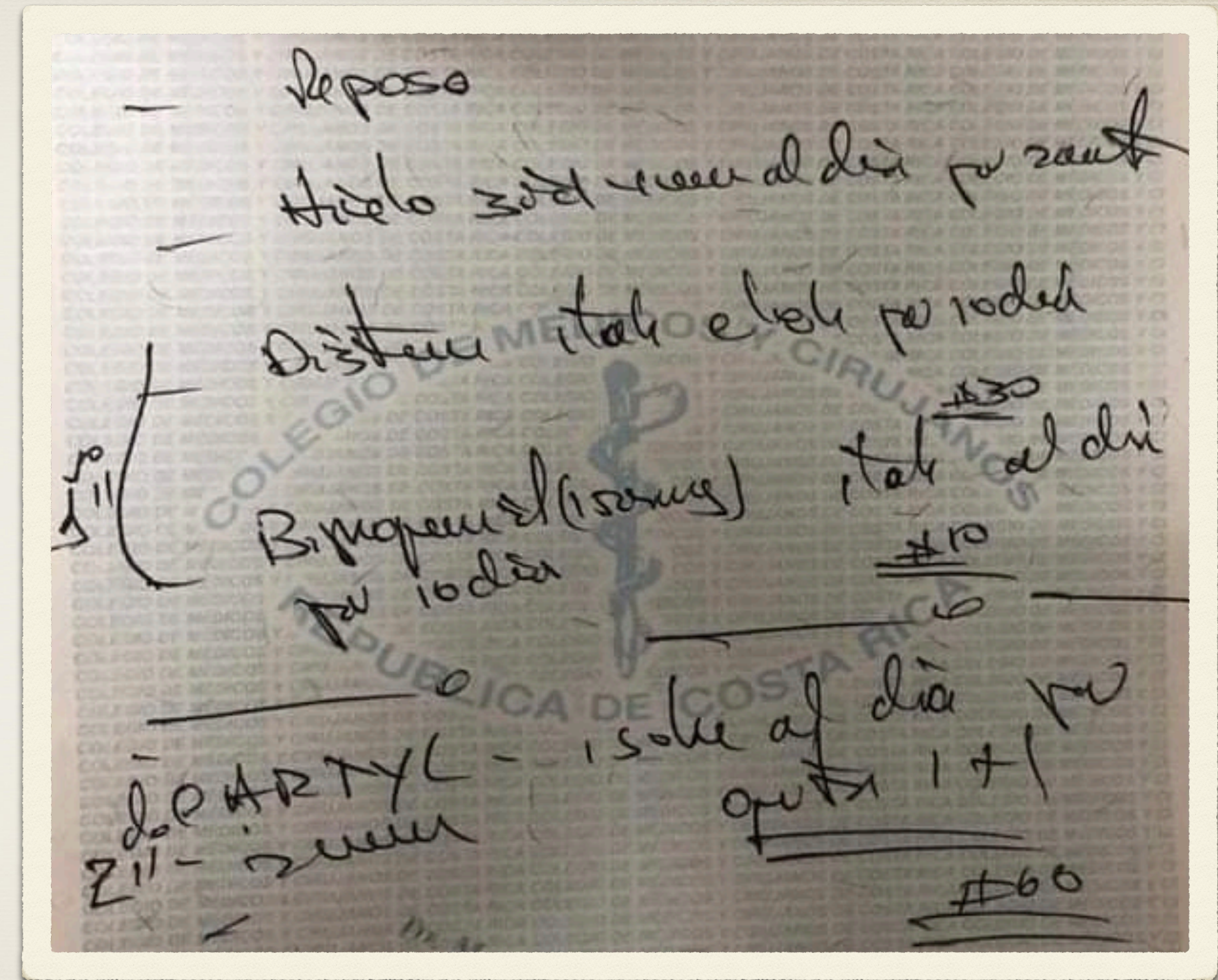
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Inyectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN	Inyectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 750 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 500 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>	TONVAL 40 mg	Tomar una tableta cada día por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	DERETUAL 30 mg	Tomar una vez al día por <u>3</u> días.
<input type="checkbox"/>	CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por _____ días.

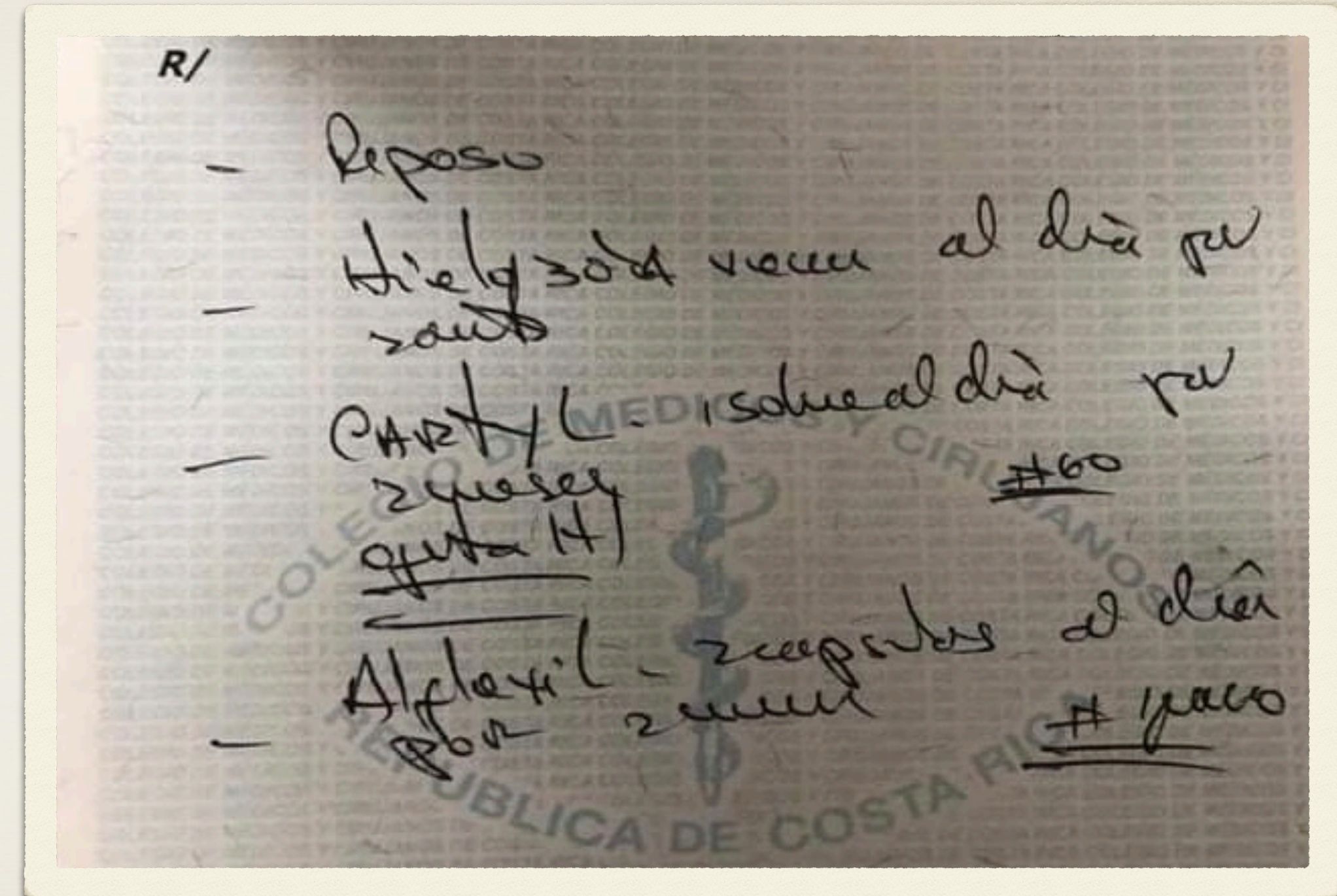
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

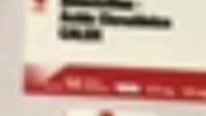

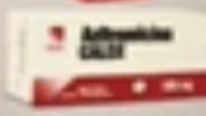
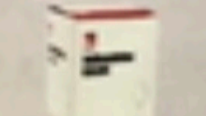
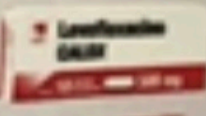
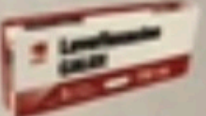
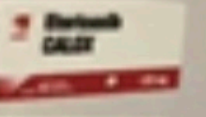

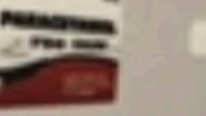

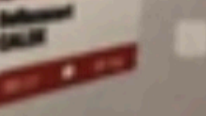

CLINICA DENTAL

DR(a) [REDACTED]

CÓDIGO [REDACTED]

NOMBRE COMPLETO: [REDACTED]

NÚMERO DE CÉDULA: [REDACTED]

	<input type="checkbox"/> Amoxicilina + Ácido Clavulánico 875 mg + 125 mg Tabletas
	<input type="checkbox"/> Amoxicilina + Ácido Clavulánico 400 + 57 mg 5ml Suspensión
	<input type="checkbox"/> Azitromicina 500 mg Tabletas <input type="checkbox"/> 3+2 <input type="checkbox"/> 2+1
	<input type="checkbox"/> Azitromicina 200 mg /5 ml Suspensión <input type="checkbox"/> 15 ml <input type="checkbox"/> 22.5 ml
	<input type="checkbox"/> Levofloxacina 500 mg Tabletas <input type="checkbox"/> 5+2 <input type="checkbox"/> 7+3
	<input checked="" type="checkbox"/> Levofloxacina 750 mg Tabletas
	<input type="checkbox"/> Etoricoxib 120 mg Tabletas
	<input type="checkbox"/> Celecoxib 200 mg Cápsulas
	<input type="checkbox"/> Paracetamol 750 mg Tabletas
	<input type="checkbox"/> Tiocolchicosido 4 mg Tabletas <input type="checkbox"/> 8 mg Cápsulas
	<input type="checkbox"/> Deflazacort 30 mg Tabletas
	<input type="checkbox"/> Dexketoprofeno 25 mg Tabletas

- Levofloxacina
750 mg.
(1c/12 hs. x 7ds.)

[REDACTED]

[REDACTED]

Analiza

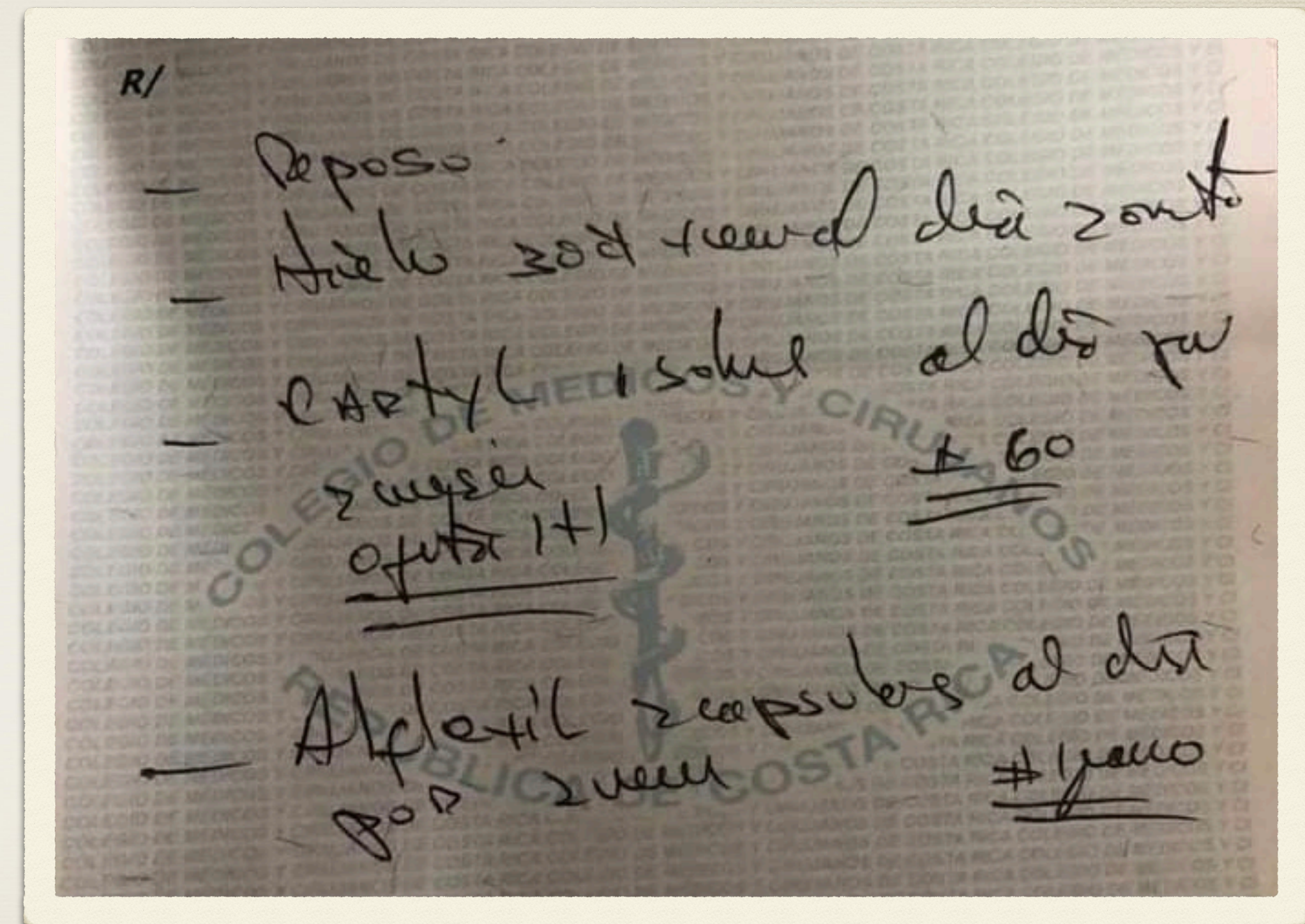
Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input checked="" type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por <u>2</u> días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Injectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN	Injectable 60 mg Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		da 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>		a día por _____ días.
<input type="checkbox"/>		por _____ días.
<input type="checkbox"/>	CLAVULIN	Tomar una tableta cada 12 horas por _____ días.

Observaciones:

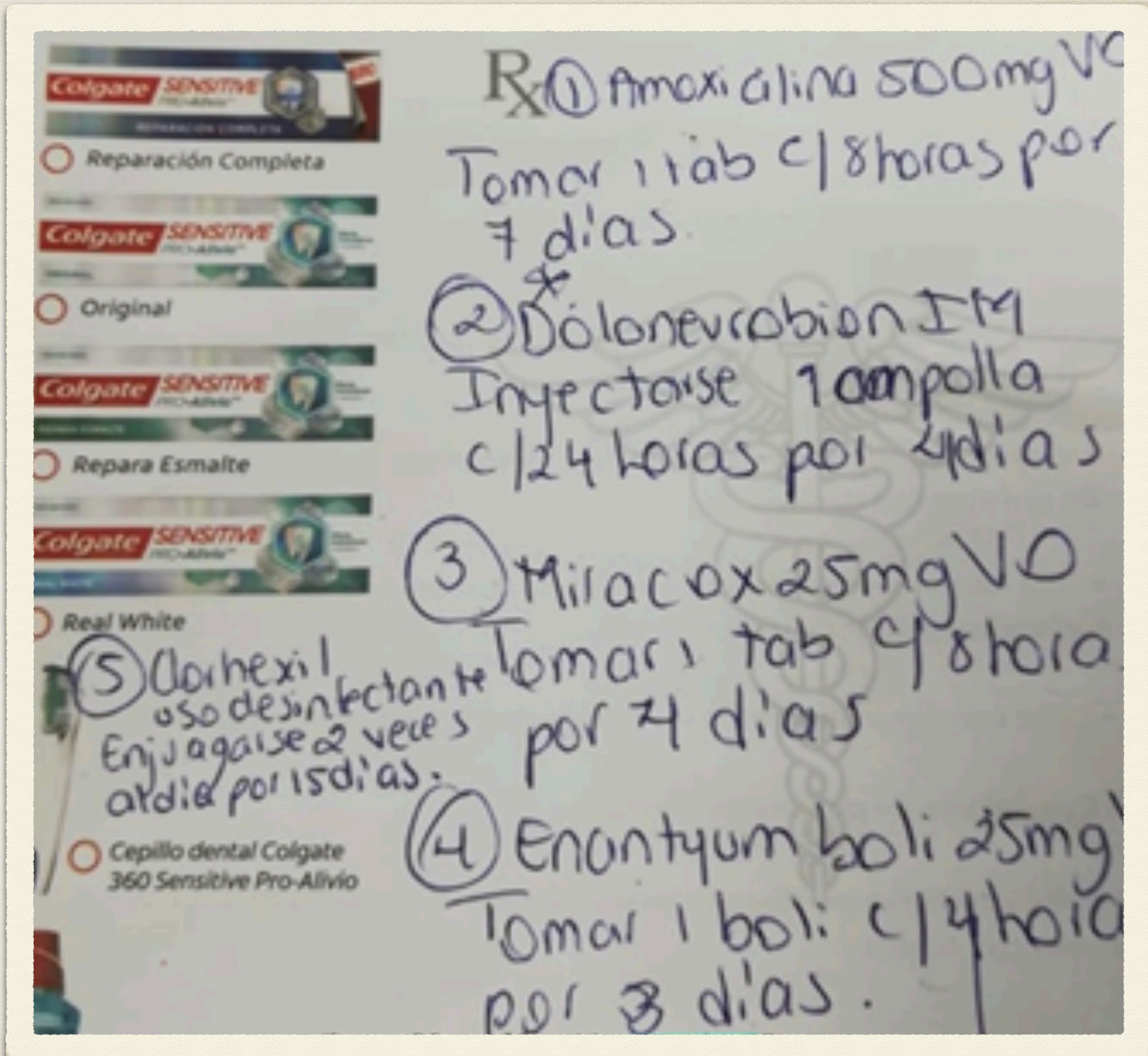
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



The image shows a collage of Colgate Sensitive toothpaste tubes on the left and a handwritten medical prescription on the right. The tubes are labeled with various Colgate Sensitive products: 'Reparación Completa', 'Original', 'Repara Esmalte', 'Real White', and 'Cepillo dental Colgate 360 Sensitive Pro-Alivio'. The prescription is written in Spanish and includes the following items:

- Rx ① Amoxicilina 500mg VO
Tomar 1 tab c/8 horas por 7 días.
- ② Doloneurabion IM
Inyectarse 1 ampolla c/24 horas por 4 días
- ③ Miracox 25mg VO
Tomar 1 tab c/8 hora por 4 días
- ④ Enontyum boli 25mg
Tomar 1 boli c/4 hora por 3 días.
- ⑤ Clorhexil
uso desinfectante
Enjuagarse 2 veces al día por 15 días.

Analiza

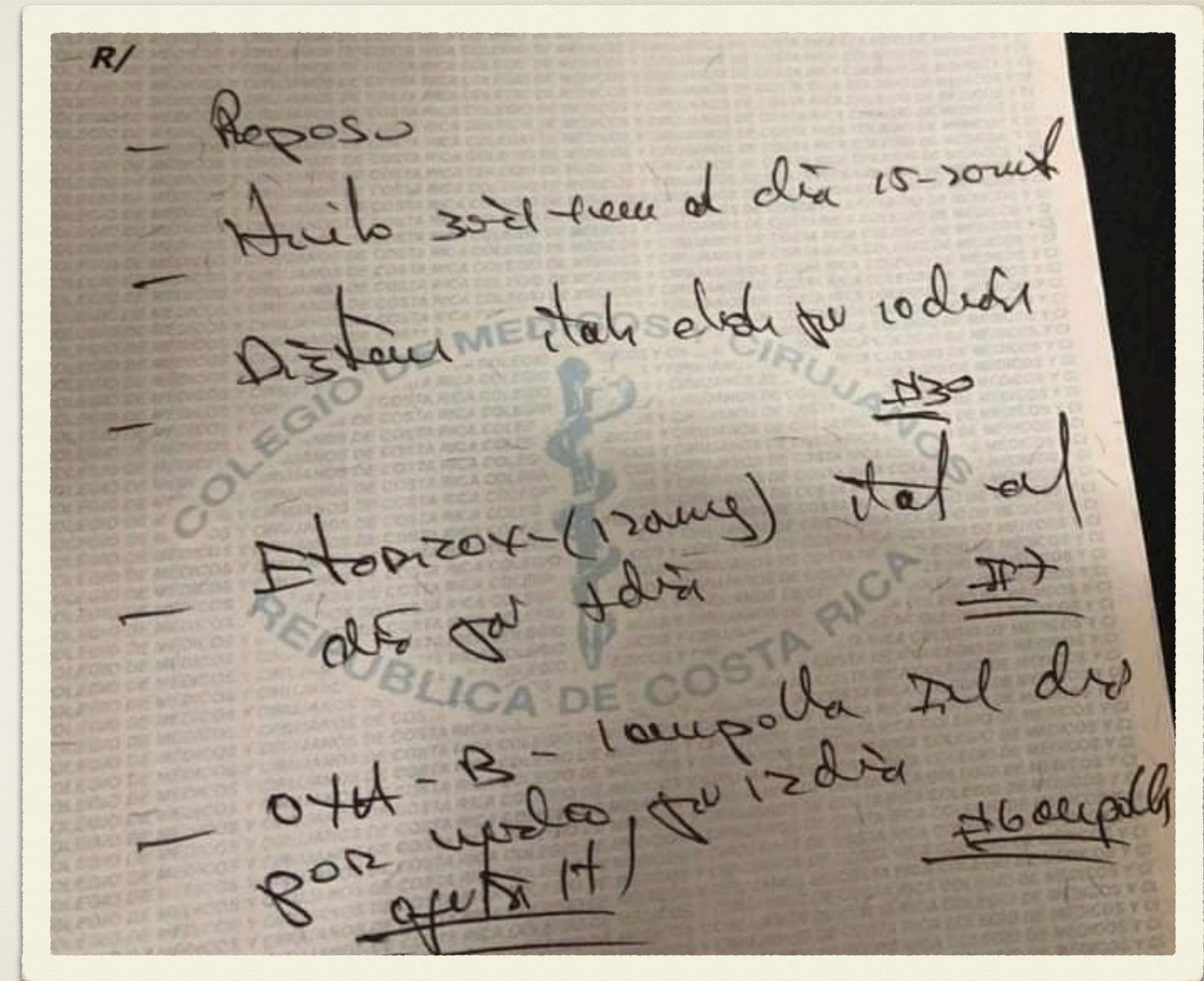
Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input checked="" type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada <u>24</u> horas por <u>4</u> días.
<input type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 8	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 im	Aplicar cada 24 hrs _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN Inyectable 60 mg	Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>		_____ cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		_____ 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		_____ a 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>		día por _____ días.

Observaciones: Quotal
2+1 3+2
Adic.

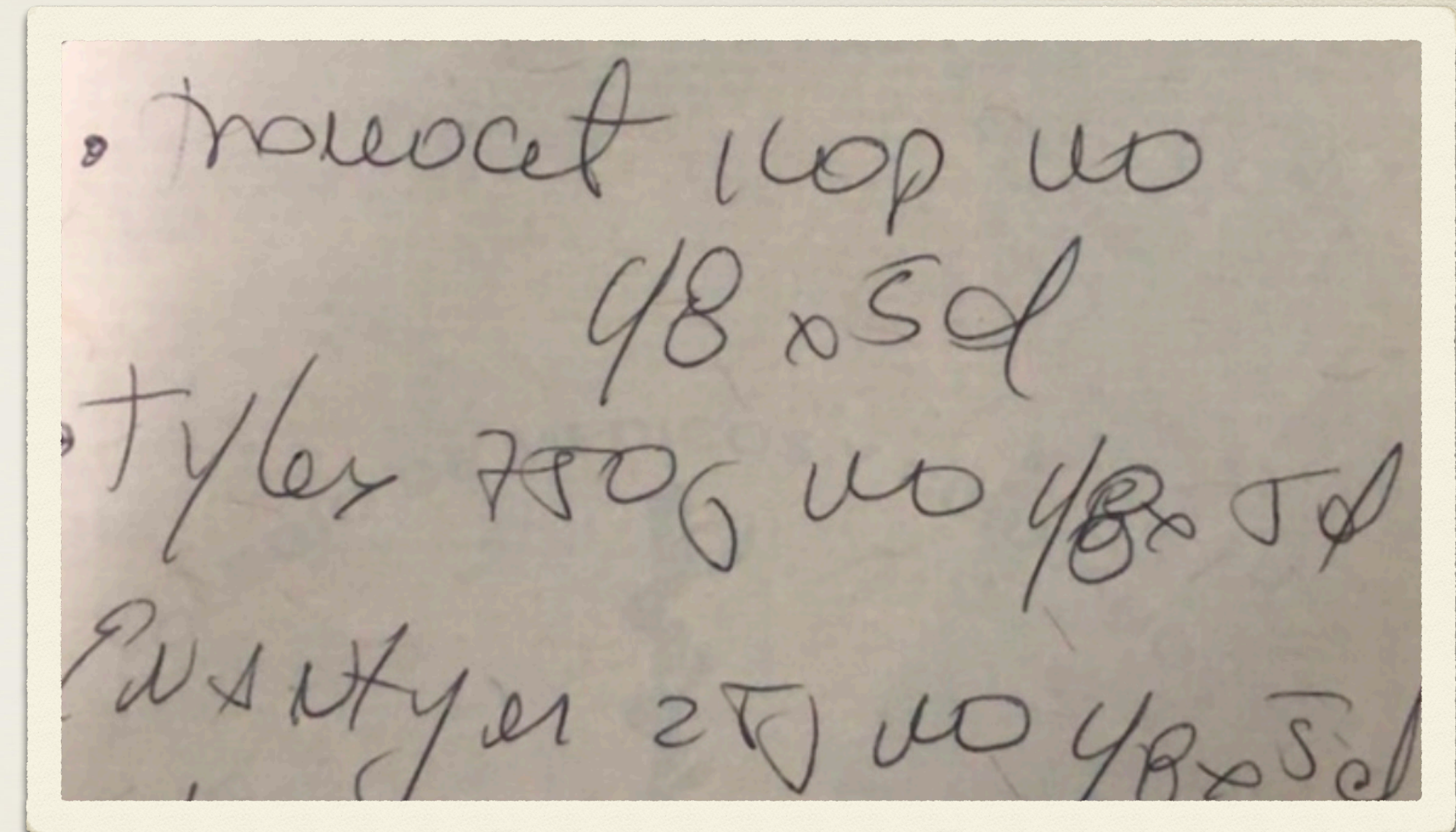
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



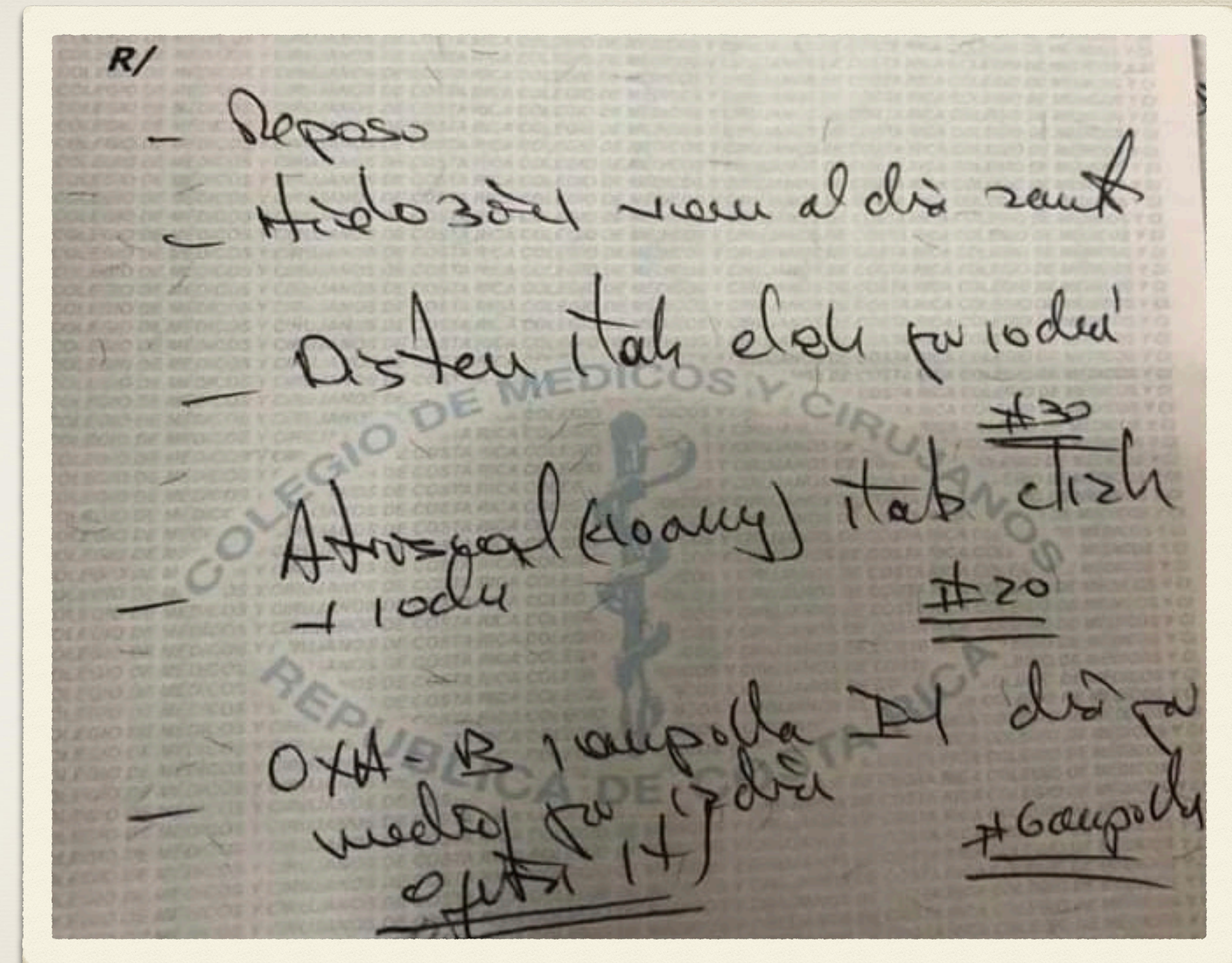
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



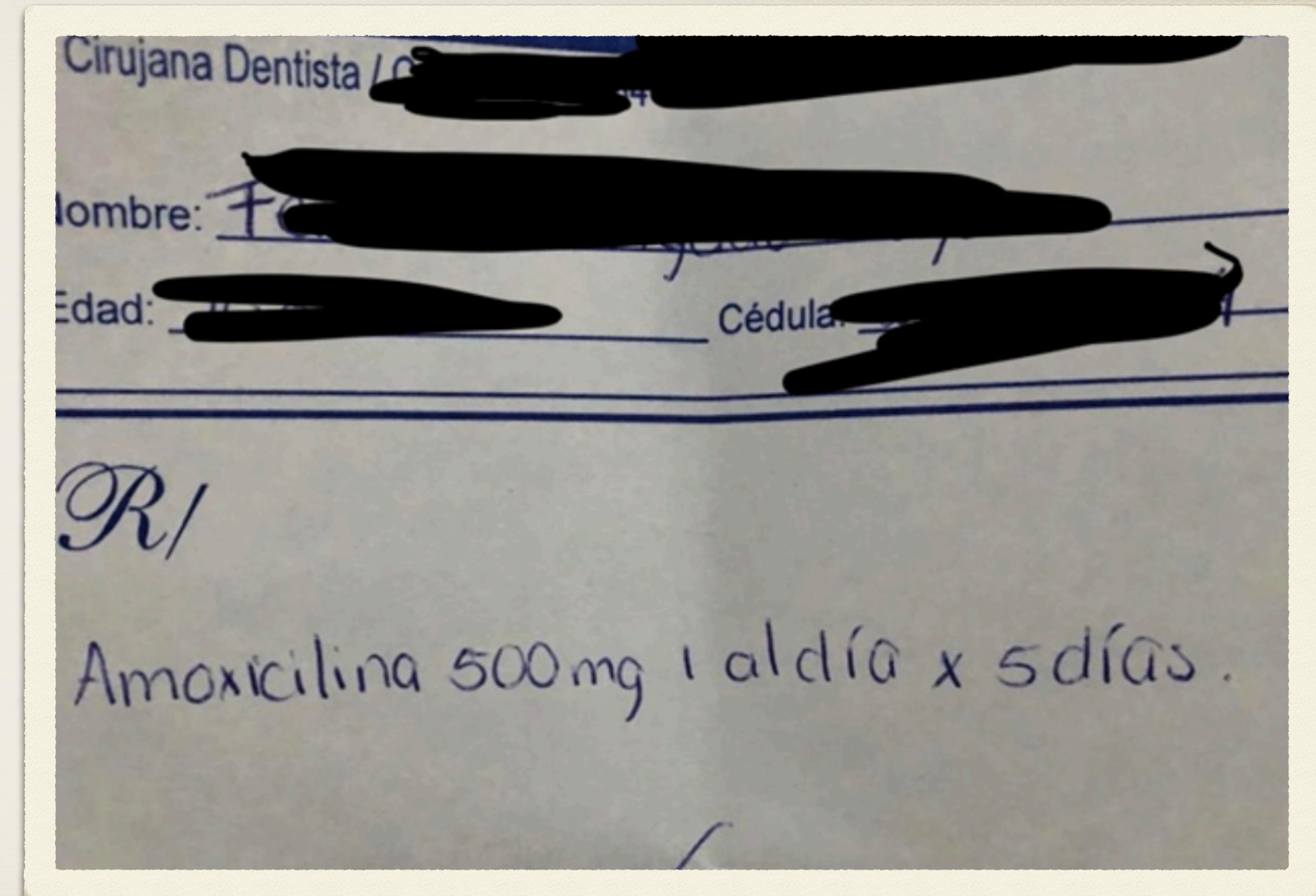
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



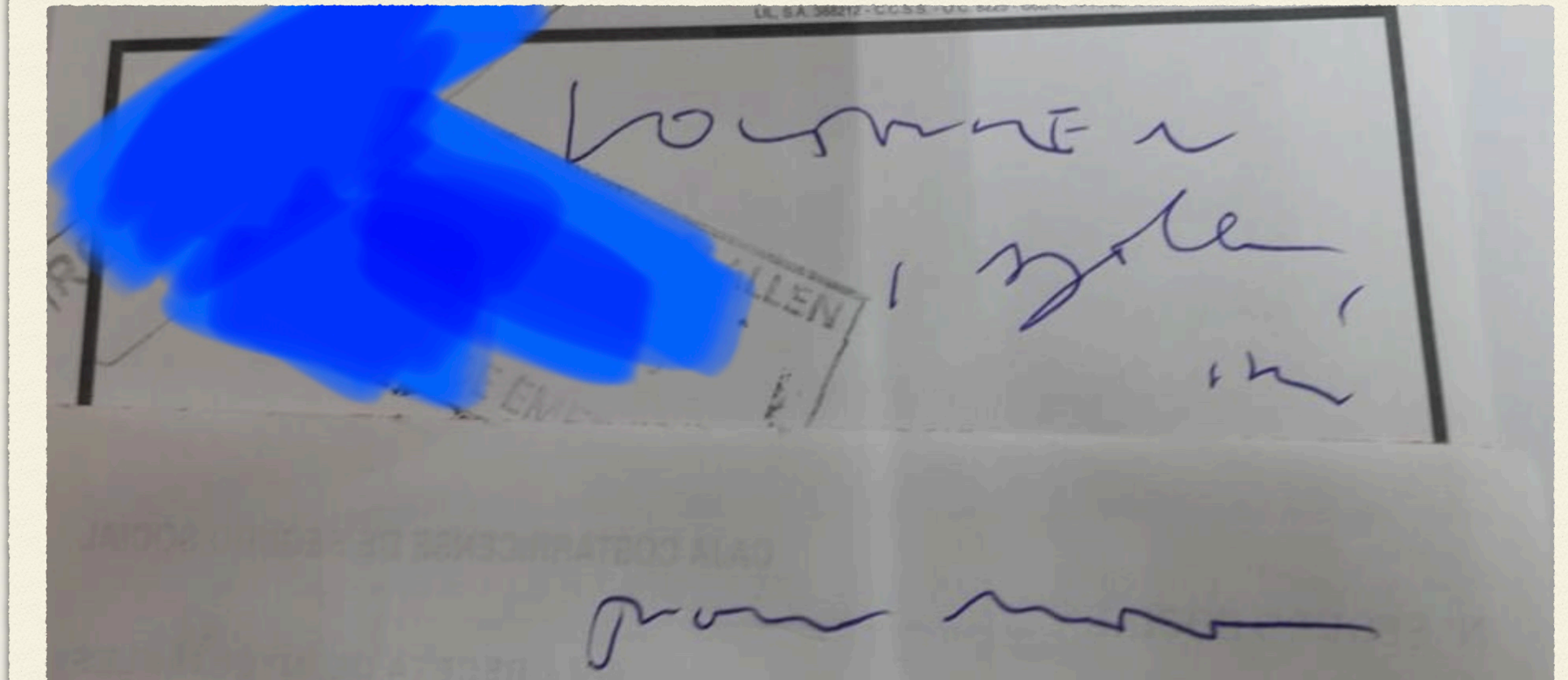
Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

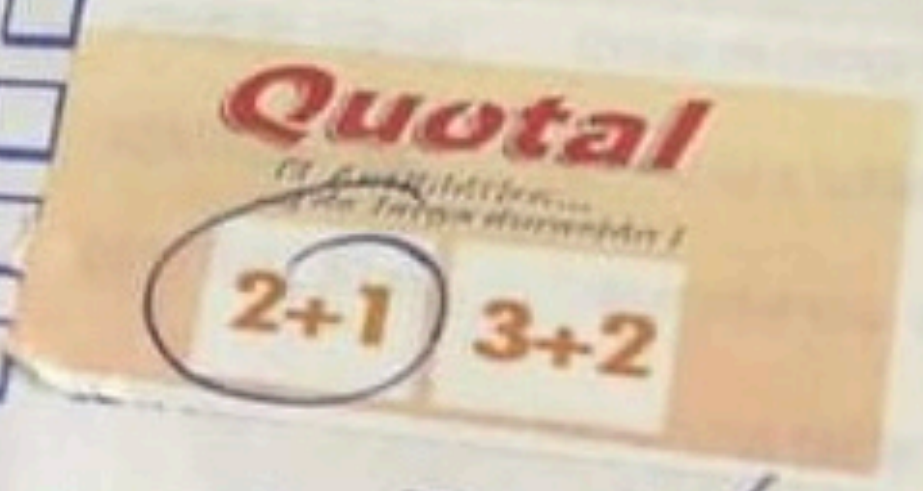
Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?

<input type="checkbox"/>	OXA FORTE	Tomar un comprimido cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA UNO	Tomar una cápsula cada día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75SR	Tomar un comprimido cada 12 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA B	Injectable. Aplicar una ampolla al día por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 50mg	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	OXA 75 Im	Aplicar una ampolla cada _____ horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN	Injectable 60 mg. Aplicar una ampolla de inmediato.
<input type="checkbox"/>	ANALGAN 20 mg	Tomar un comprimido cada 12 horas por 3 o 5 días.
<input type="checkbox"/>	MATRIX	Tomar un comprimido cada 8 horas por _____ días.
<input type="checkbox"/>	QUOTAL	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>	PRIMERIS 750 mg	Tomar un comprimido cada 24 horas por 5 días.
<input type="checkbox"/>		la 24 horas por 7 días.
<input type="checkbox"/>		día por _____ días.
<input type="checkbox"/>		or _____ días.
<input type="checkbox"/>		12 horas por _____ días.

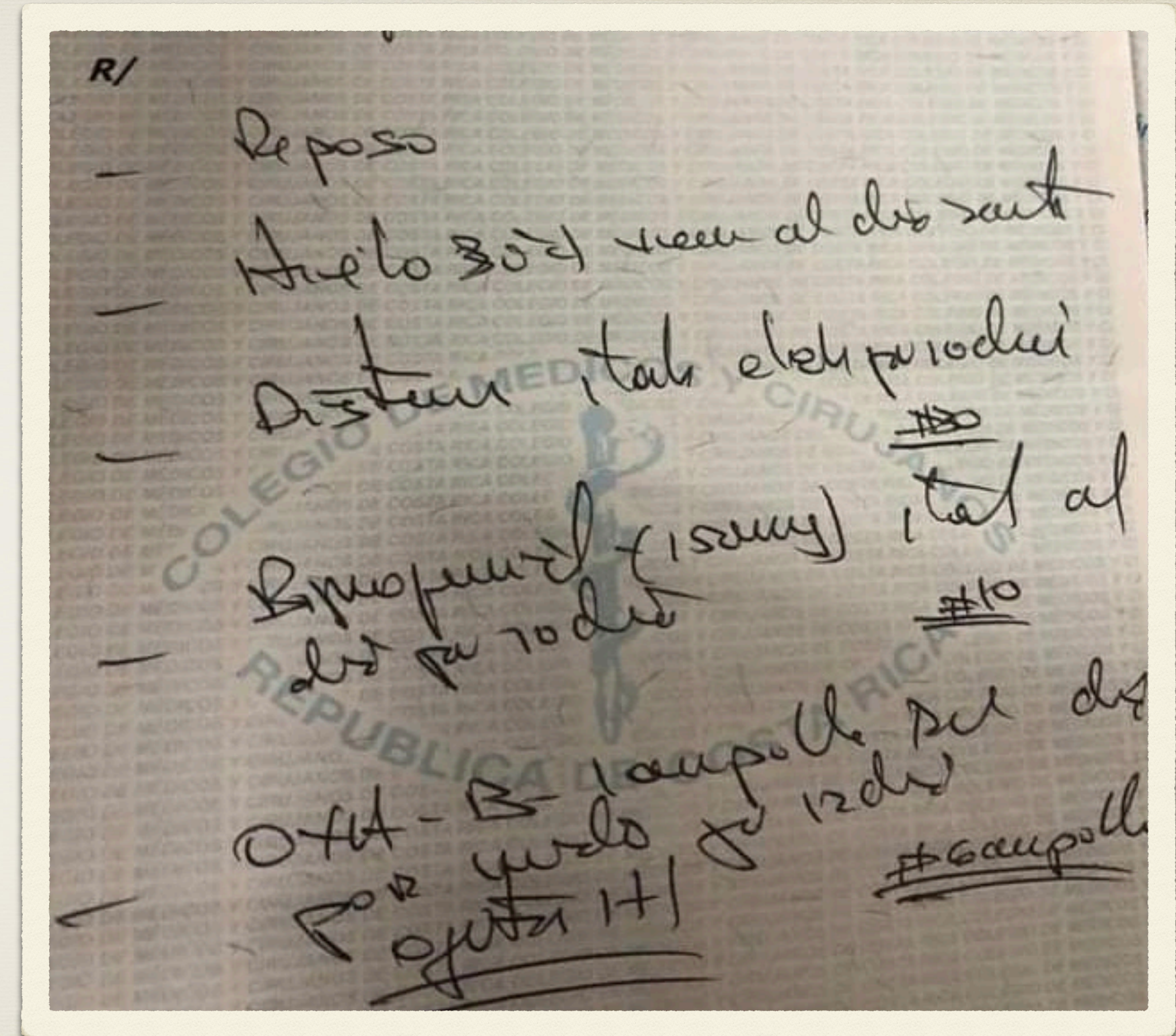


Quotal
2+1 3+2

Observaciones: Adic

Analiza

Aplica tus conocimientos y argumenta, ¿qué te parece mejorable?, ¿cómo procederías?



Fuentes y agradecimientos

Diapositivas 2, 3, 4, 5, 7 y 8

* Contenido, ejemplos y fotografías tomadas -casi íntegras- del documento:

“Práctica de Prescripción Parte I” elaborado en 2018 por el Dr. Ronald González A. para el Departamento de Farmacología de la Escuela de Medicina UCR.

Agradecimiento especial por el aporte de las fotografías de las recetas

- * Dra. Lucía Granados Mora,
- * Dra. Marcela Montero,
- * Dr. Adrián Vargas y
- * Grupo Farmacéuticos de Costa Rica.