

JUZGADO PROMISCUO DE FAMILIA
E.S.D. CALDAS
RECIBIDO

Riosucio Caldas, enero 19 de 2021

FECHA: 19/Enero/2021 02:21pm

RECIBIDO POR: Correo Electronico

FOLIOS: _____

Señores:

JUZGADO PROMISCUO DE FAMILIA
E.S.D.

Dely
FIRMA

Ref. Proceso Verbal sumario de exoneración de alimentos
Demandante: Roberto Antonio Vargas.
Demandada: Valery Estephania Vargas García

JOSÉ MARINO GARCIA CORREA, persona mayor de edad, vecino y residente del Municipio de Riosucio Caldas, identificado con cédula de ciudadanía número 75.068.216 de Manizales, portador de la T. P. No. 107.755 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando como curador ad - litem, nombrado por su despacho para actuar en el proceso de la referencia y como he **ACEPTADO** tal designación, solicito en consecuencia el reconocimiento de personería jurídica para actuar y en uso de ella, procedo a dar respuesta a la demanda incoada, dentro del término de ley, lo cual hago en el siguiente orden:

HECHOS:

Con relación a los hechos:

AL HECHO PRIMERO. Es cierto.

AL HECHO SEGUNDO. Es cierto

AL HECHO TERCERO. Es cierto parcialmente, en el entendido de que la cuota de \$60.000 pesos (sesenta mil pesos) fijada para VALERY ESTEPHANIA VARGAS nunca ha sido incrementada por el señor ROBERTO ANTONIO VARGAS.

AL HECHO CUARTO. Es cierto

AL HECHO QUINTO. Es cierto parcialmente por las siguientes razones:

1. La joven VALERY ESTEPHANIA VARGAS efectivamente en la actualidad no está cursando estudios, pero en el presente año  ingresara a culminar sus estudios secundarios.
2. En lo referente a que ha conformado una familia con compañero permanente, es falso, convive con su madre y si bien está en periodo de gestación, el papa del nasciturus no responde por el y  abandono a Valery.

AL HECHO SEXTO. Es falso por lo expuesto en el numeral anterior, y por la grave enfermedad que tiene VALERY ESTEPHANIA VARGAS, "migraña crónica" hecho al cual anexaremos los siguientes documentos " solicitud justificación de servicios y medicamentos (historia clínica).

AL HECHO SEPTIMO. No nos consta.

AL HECHO OCTAVO. Falso por la enfermedad que tiene VALERY ESTHEPANIA VARGAS además por su periodo de gestación, lo que le impide laborar en este momento.

 **AL HECHO NOVENO.** Falso. VALERY ESTEPHANIA VARGAS padece de una grave enfermedad mencionada anteriormente, se encuentra en periodo de gestación y no ha conformado una familia en el momento. Lo que hace que sea merecedora de continuar con la cuota alimentaria.

PRETENSIONES:

Con fundamento en la posición asumida me opongo a la prosperidad de las pretensiones formuladas por la parte demandante por lo que propongo la siguientes **EXCEPCIÓNES DE MÉRITO** y las de oficio que el despacho declare:

EXCEPCIONES DE MERITO:

1. EXISTENCIA DE SITUACIONES QUE NO FUERON TOMADAS EN CUENTA PARA LA PETICIÓN REQUERIDA POR EL SEÑOR ROBERTO ANTONIO VARGAS.

Esta excepción es fundamentada con las siguientes consideraciones.

Si bien es cierto que Valery Estephania Vargas García cumple con algunos requisitos para que su cuota alimentaria sea suspendida, no se tomaron en cuenta una serie de sucesos importantes para la preservación de dicha cuota. Como se puede observar en el hecho cuarto de la demanda se pide la cancelación de dicha cuota aludiendo que la señorita VALERY ESTEPHANIA VARGAS cumplió su mayoría de edad, y no se tiene en cuenta que Valery continuara sus estudios de secundaria en el presente año, lo que hace que ella siga teniendo derecho a dicha cuota, acto seguido en el hecho quinto y hecho sexto se habla de que Valery conformo una familia con un compañero permanente, cosa que no es cierto ya que Valery Estephania aun convive con su madre y actualmente no posee relación alguna con el padre de su futuro hijo. En el hecho octavo también se habla sobre ninguna limitación física que impide a Valery laboral y en la presente contestación anexamos la historia clínica de Valery donde demostramos la grave enfermedad por la cual está cursando, "migraña crónica" motivo el cual le impide laboral, sin contar con que ella no se encuentra trabajando en costureros de este municipio.

2. INEXISTENCIA DE FUNDAMENTOS Y SOPORTES PROBATORIOS PARA SUSTENTAR LA PRETENSION INCOADA.

Las pruebas sustentadas por la parte demandante comprueban la obligación que tiene ROBERTO ANTONIO VARGAS con su nieta VALERY ESTHEPANIA VARGAS GARCIA del pago de alimentos, pero más allá de esta confirmación, estas pruebas carecen de relevancia para probar las justificaciones mencionadas en la demanda para exonerar al señor ROBERTO ANTONIO VARGAS del pago de dicha cuota. No se presenta una prueba con mayor valor que la prueba

testimonial para sustentar el hecho octavo donde se habla del trabajo que actualmente realiza Valery, no se presenta una prueba fehaciente que hable de estado de salud de VALERY ESTEPHANIA VARGAS la cual exponga que no existe ninguna limitación para laborar y tampoco prueba que demuestre que la joven VALERY ESTEPHANIA VARGAS no se encuentra cursando ni en proceso de escolarización por el contrario el profesor HECTOR FABIO CAÑAS dará fe del proceso de matrícula en el que se encuentra VALERY ESTEPHANIA VARGAS para iniciar sus estudios.

PRUEBAS:

Documentales: historia clínica de VALERY ESTEPHANIA VARGAS. Seis (6) folios.

Testimoniales: solicito se llamen a declarar a las siguientes personas, quienes depondrán sobre los hechos de la demanda y su contestación. Todas mayores de edad y vecinas de Riosucio, en la fecha y hora que el despacho determine, quienes se localizaran por intermedio de la demandada

- Héctor Fabio cañas
Tel: 3113508271
- Tatiana Gonzales
Tel: 3233771057
- Elizabet García
Tel:3168783130

ANEXOS:

- Copias para el archivo.
- Lo relacionado en el acápite de pruebas.

DIRECCIONES Y NOTIFICACIONES:

La parte demandante y demandada en las indicadas en la demanda.

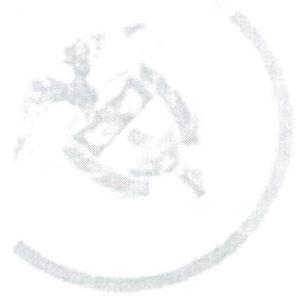
El curador ad litem: Recibiré notificaciones en la secretaría de su despacho, o en mi oficina de abogado ubicada en el Edificio del Banco

Agrario, No. 301, Plaza la Candelaria de Riosucio Caldas, celular 314 863 66 80.

Atentamente,


JOSÉ MARINO GARCÍA CORREA
C.C. No 75.068.216 de Manizales
T.P. No 107753 del C. S. de la J.

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia



23

**INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL
EJE CAFETERO S.A**
PROCESOS NEUROLOGIC
NIT: 816007055-7
Cel: 3119998
PEREIRA-RISARALDA



**SOLICITUD JUSTIFICACION DE SERVICIOS Y/O
MEDICAMENTOS NO POS
FECHA: 02/02/2018**

I. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: VALERY ESTEPHANIA VARGAS GARCIA
IDENTIFICACION: TI - 1007694240
FECHA DE NACIMIENTO: 25/05/2000
DIRECCION: RIOSUCIO - CALDAS
SEXO: F
TELEFONO: 3206195265-PADRAST
RO - 3234435935-PTE

ENTIDAD: MEDIMAS EPS SUBSIDIADO EPSS
PROFESIONAL TRATANTE: CARLOS JAVIER PERDOMO RIVERA
FECHA DE SOLICITUD: 02/02/2018

II. CASO CLINICO

DIAGNOSTICO: MIGRAÑA COMPLICADA
- MIGRAÑA CRONICA - CODIGO: G433

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE: PACIENTE CON CEFALEA CRONICA TIPO MIGRAÑA SIN AURA, ACTUALMENTE NO CONTROLADA , CON TAC CRANEO SIMPLE NORMAL. QUIEN HA TOMADO MULTIPLES ANALGESICOS, TAMBINE TOMO MODULADORES COMO VALPROIIOC (NO RECOMENDABLE POR ACTUAL OBESIDAD), PROPRANOLOL , AMITRIPTILINA SIN MEJORIA POR LO QUE SE CAMBIA ESQUEMA DE MANEJO A TOPIRAMATO TAB 25 MG CADA 12 HORAS ASCENSO GRADUAL. ADEMAS MANEJO ANALGESICOS SI DOLOR EXCLUSIVAMENTE MUY INTENSO.

RESUMEN DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS RELACIONADOS CON LA HISTORIA CLINICA: AINES, ACETAMINOFEN, VALPROICO, PROPRANOLOL, AMITRIPTILINA

RESULTADOS DE AYUDAS DIAGNOSTICAS: TAC CRANEO SIMPLE NORMAL.

OTROS:

III. SERVICIOS SOLICITADOS

TIPO SERVICIO: MEDICAMENTO - TOPIRAMATO TABLETA 25 MG 1 TAB CADA 12 HORAS.
USO: SUCESIVO - **CANTIDAD:** 180 - **DIAS TRATAMIENTO:** 90

JUSTIFICACION: PACIENTE CON CEFALEA CRONICA TIPO MIGRAÑA SIN AURA, ACTUALMENTE NO CONTROLADA , CON TAC CRANEO SIMPLE NORMAL. QUIEN HA TOMADO MULTIPLES ANALGESICOS, TAMBINE TOMO MODULADORES COMO VALPROIIOC (NO RECOMENDABLE POR ACTUAL OBESIDAD), PROPRANOLOL , AMITRIPTILINA SIN MEJORIA POR LO QUE SE CAMBIA ESQUEMA DE MANEJO A TOPIRAMATO TAB 25 MG CADA 12 HORAS ASCENSO GRADUAL. ADEMAS MANEJO ANALGESICOS SI DOLOR EXCLUSIVAMENTE MUY INTENSO.

EVIDENCIA: GUIAS AAN 2013

CASUISTICA: AAN

*Dr. Carlos J. Perdomo
Nro. 3530
Riv. 342*

Nro Documento: 342412
Nro. Registro: 342412

VARGAS GARCIA VALERY ESTEPHANIA

de Historia: **1007694240**

Identificación: 1007694240	* Primer Apellido: VARGAS	Segundo Apellido: GARCIA	* Primer Nombre: VALERY	Segundo Nombre: ESTEPHANIA	* Aseguradora: INGURMA SALUD LTDA
* Dirección de Residencia: CALLE 4 5-53	* Teléfono: 3206195265	* Ciudad de Residencia: 17614 RIOSUCIO		* Zona: Urbana	
* Sexo: Femenino	* Fecha Nacimiento: 05/25/2000	Edad: 17 Años	* Estado Civil: Otro ...	Fecha Ingreso: 08/09/2016	* Tipo Afiliado: Cotizante
* Ocupación Habitual: Otras Ocupaciones Elementales No Clasificadas En Otros Grupos Primarios			* Nivel Educativo: Sin Estudio		
* Tipo de Vinculación: Subsidiado			* Ciudad de Nacimiento: 17614 RIOSUCIO		
* Grupo Etnico: Otro			Nombre y Teléfono del Acompañante:		

Causa de Consulta

SUFRE DE MIGRAÑA Y NECESITA TRANSCRIBIR FORMULACION

PACIENTE ASISTE ACOMPAÑADA DE LA MAMA, QUIEN ESTA EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA POR CUADRO DE MIGRAÑA QUIEN ORDENO MEDICAMENTOS NO POSS Y SE LE VENCIO LA FORMULA, NECESITA TRANSCRIPCION DE FORMULA TOPIRAMATO X 25 UNA TABLETA CADA 12 HORAS

Signos Vitales

Peso (Kgs):	82.00	Talla (Mts):	1.58	I.M.C.:	32.85	Interpretación I.M.C.:	Obesidad	Área de Superficie Corporal (Mosteller):	1.90
Perimetro Adminal (cms):		Frecuencia Respiratoria:	16	Temperatura (°C):	36.00	Pulso:	68	Frecuencia Cardíaca:	68
P.A.S. Sentado Brazo:	120	P.A.D. Sentado Brazo:	80	P.A.S. Acostado:		P.A.D. Acostado:		Estadio Renal Riesgo CardioVascul	
P.A.S. De Pie:		P.A.D. De Pie:		Presión Arterial Media:	93.33	TF Glomerular:	.00	N/A	NO Evaluado

* Observaciones:

PACIENTE EN APARENTES BUENAS CONDICIONES GENERALES, CONCIENTE, ORIENTADA CON SIGNOS VITALES ESTABLES

Diagnostico de la Consulta

Dx Principal	G433 MIGRAÑA COMPLICADA
Dx Relacionado 1:	
Dx Relacionado 2:	
Dx Relacionado 3:	

Tipo de Dx Principal	Impresión Diagnostica	Fecha Final Consulta:	03/09/2018	Hora Final Consulta:	16:32 00 a 24 Hrs
----------------------	-----------------------	-----------------------	------------	----------------------	-------------------

Indicaciones a Seguir

...IENTE CON DIAGNOSTICO DE MIGRAÑA COMPLICADA, EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA EN EL MOMENTO
...SINTOMATICA, EXAMEN FISICO EN PARAMETROS NORMALES
SE TRANSCRIBE FORMULA DE
TOPIRAMATO TAB X 25 MGR UNA TABLETA CADA 12 HORAS
SE HACE FORMULA PARA 3 MESES DE TRATAMIENTO SE LLENA FORMULARIO NO POSS

NEUROLOGIA

Firma 
Profesional CALVO TREJOS BLANCA VIRGINIA
Identificación 25056338

BLANCA VIRGINIA CALVO TREJOS
Médico y Cirujano
T.P. 15076901
U de Córdoba



INGRUMÁ SALUD LTDA.

Institución Prestadora de Servicios de Salud
NIT. 810.005.727-7

FORMULARIO DE JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POSS

I. DATOS GENERALES

DIA	MES	AÑO	NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO				EDAD
03	18	18	Valery Estephania Vargas				17
TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO		CC	TI	RE	CE	TRATAMIENTO	HISTORIA CLINICA No.
1007694240						AMB HOSP URG	100769424

II. CASO CLINICO

DIAGNOSTICO: Migraña complicada CIE 10 6433

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO (Breve resumen de la historia clínica del paciente):
 Paciente con diagnóstico de migraña complicada en tratamiento con Neurobloma. Se prescribe fórmula de especialistas.

TRATAMIENTOS REALIZADOS (Resumen de las prescripciones previas relacionadas con el caso clínico):

III. MEDICAMENTO NO POSS SOLICITADO

No.	PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)	PRESENTACION Y CONCENTRACION	DOSE DIA	TIEMPO	CANTIDAD	REG. INYMA/CUM
1	topiramid.	tableta	1 c/12 horas	90 dias	180	
2	gab.	125mg				
3						

IV. MEDICAMENTOS POSS DEL MISMO GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE

No.	PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)	PRESENTACION Y CONCENTRACION	DOSE DIA	TIEMPO	CANTIDAD	GRUPO TERAPEUTICO
1						
2						
3						

JUSTIFICACION PARA INICIAR EL (LOS) MEDICAMENTO (S) NO POSS (SEÑALAR CON X)

<input type="checkbox"/>	No respuesta clínica	Otras explique
<input type="checkbox"/>	Intolerancia	
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa	
<input type="checkbox"/>	Esta contraindicado el uso de medicamento POSS	
<input type="checkbox"/>	El medicamento no se encuentra en el listado POSS	

V. ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO NO POSS SOLICITADO

DESCRIPCION	FRECUENCIA DE USO	CANTIDAD	TIPO		
			UNICO	REPETIDO	SUCESIVO

VI. ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO POSS SOLICITADO

DESCRIPCION	FRECUENCIA DE USO	CANTIDAD	TIPO		
			UNICO	REPETIDO	SUCESIVO

JUSTIFICACION PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO NO POSS SOLICITADO

VII. SI NO SE DILIGENCIARON NUMERALES IV Y VI, JUSTIFIQUE POR QUE NO SE EMPLEARON LAS ALTERNATIVAS DEL POSS

SE TRATA DE CONTINUACION DE MEDICAMENTOS/SERVICIOS YA APROBADOS POR EL CTC?

EL MEDICAMENTO/SERVICIO MEDICO O PRESTACION DE SALUD SE ENCUENTRA AUTORIZADO PARA SU USO EJECUCION O REALIZACION POR NORMAS VIGENTES EN EL PAIS?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
EL MEDICAMENTO, ACTIVIDAD, INTERVENCION Y PROCEDIMIENTO (SERVICIO) PRESCRITO ES PARA TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O PARA LA ATECCION DE TRATAMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POSS	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE SI NO ES SUMINISTRADO?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

DECLARO QUE LA INFORMACION AQUI SUMINISTRADA SE ENCUENTRA SOPORTADA EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

Nombre completo médico tratante: Blanca C. Cadro Firma y sello: BVC Cadro

Registro médico: 45076/91

Favor diligenciar esta solicitud completamente y con letra clara legible sin tachones o enmendaduras.
 Adjuntar los siguientes documentos: Pacientes ambulatorios: Resumen/copia de historia, original y orden o formule médica.
 Pacientes hospitalizados: Resumen de historia clínica / notas de evolución, copia de órdenes médicas.



INGRUMÁ SALUD LTDA.
Institución Prestadora de Servicios de Salud
NIT. 810.005.727-7

FORMATO DE JUSTIFICACION DE MEDICAMENTOS, SERVICIOS MEDICOS Y PRESTACIONES DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO POSS

DIA 02	MES 10	AÑO 2018	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO Valery Estephan Vazquez					EDAD 18
IDENTIFICACION 1007694700			SE 8	TI	RC	CE	HISTORIA CLINICA	
			AMB 8	TRATAMIENTO HOSP		URG		

II. CASO CLINICO

DIAGNOSTICO: *Depresión con ansiedad* CIE 10: *6A91*

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO (Breve resumen de la historia clínica del paciente):
Pac. de 18 años con antecedentes de depresión y ansiedad, con diagnóstico de Depresión y ansiedad.

TRATAMIENTOS REALIZADOS (Resumen de las prescripciones previas relacionadas con el caso clínico):
Propranolol, Citalopram, Escitalopram, Clonazepam.

III. MEDICAMENTO NO POSS SOLICITADO

No.	PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)	PRESENTACION Y CONCENTRACION	DOSIS DIA	TIEMPO	CANTIDAD	REG INVIMA/CUM
1	<i>topiramato</i>	<i>tab 25mg</i>	<i>una cada día</i>	<i>3 meses</i>	<i>180</i>	
2						
3						

IV. MEDICAMENTOS POSS DEL MISMO GRUPO TERAPEUTICO QUE SE REEMPLAZA O SUSTITUYE

No.	PRINCIPIO(S) ACTIVO(S)	PRESENTACION Y CONCENTRACION	DOSIS DIA	TIEMPO	CANTIDAD	REG INVIMA/CUM
1						
2						
3						

JUSTIFICACION PARA INICIAR EL (LOS) MEDICAMENTO (S) NO POSS (SEÑALAR CON X)

<input checked="" type="checkbox"/>	No respuesta clínica	Otros (explique) <i>Pobre respuesta a medicación POS</i>
<input type="checkbox"/>	Intolerancia	
<input type="checkbox"/>	Reacción adversa	
<input type="checkbox"/>	Esta contraindicado el uso de medicamentos POSS	
<input type="checkbox"/>	El medicamento no se encuentra en el listado POSS	

V. ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO NO POSS SOLICITADO

DESCRIPCION	FRECUENCIA DE USO	CANTIDAD	TIPO		
			UNICO	REPETIDO	SUCESIVO

VI. ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO POSS REEMPLAZADO

DESCRIPCION	FRECUENCIA DE USO	CANTIDAD	TIPO		
			UNICO	REPETIDO	SUCESIVO

JUSTIFICACION PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD, INTERVENCION, PROCEDIMIENTO O SERVICIO NO POSS SOLICITADO

VII. SI NO SE DILIGENCIARON NUMERALES IV Y VI, JUSTIFIQUE PORQUE NO SE EMPLEARON LAS ALTERNATIVAS DEL POSS

SE TRATA DE CONTINUACION DE MEDICAMENTOS /SERVICIOS YA APROBADOS POR EL CTC?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO
EL MEDICAMENTO/SERVICIO MEDICO O PRESTACION DE SALUD SE ENCUENTRA AUTORIZADO PARA SU USO EJECUCION O REALIZACION POR NORMAS VIGENTES EN EL PAIS?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO
EL MEDICAMENTO, ACTIVIDAD, INTERVENCION Y PROCEDIMIENTO (SERVICIO) PRESCRITO ES PARA TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O PARA LA ATENCION DE TRATAMIENTOS QUE SE ENCUENTRAN EXPRESAMENTE EXCLUIDOS DEL POSS?	<input type="checkbox"/>	SI	NO
EXISTE RIESGO INMINENTE PARA LA VIDA Y LA SALUD DEL PACIENTE SI NO ES SUMINISTRADO?	<input type="checkbox"/>	SI	NO

DECLARO QUE LA INFORMACION AQUÍ SUMINISTRADA SE ENCUENTRA SOPORTADA EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO TRATANTE <i>David Quintero Ferrero</i>	FIRMA Y SELLO <i>David Quintero Ferrero</i>
REGISTRO MEDICO <i>1013792363</i>	

FAVOR DILIGENCIAR ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE Y CON LETRA CLARA, LEGIBLE SIN TACHONES O ENMENDADURAS - ADJUNTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: Pacientes ambulatorios: Resumen / copia de historia clínica, original y orden o fórmula médica - Pacientes hospitalizados Resumen de historia clínica / notas de evolución, copia de órdenes médicas.



INGRUMÁ SALUD LTDA.

Institución Prestadora de Servicios de Salud
NIT. 810.005.727-7

FÓRMULA MÉDICA

No	2	Mes	10	Año	2018	Código Diagnóstico	6431	
Paciente	Valery Estephanu Juezin				C.C.	T.I.	NUIP	R.C.
Edad:	18	Sexo:	M <input type="checkbox"/>	F <input checked="" type="checkbox"/>	1007694240			
Entidad:	Medinos		Subsidiado	<input checked="" type="checkbox"/>	Contributivo	<input type="checkbox"/>	Particular	<input type="checkbox"/>
Consulta Externa:	8		Odontología:	PyP:				
MEDICAMENTO GENÉRICO	Forma Farmacéutica	Concentración	Dosis, Vía y Frecuencia de Administración	Cantidad				
				Número	Letras			
Topiramato	Tab	25mg	una cada 12h	180	ocho			
Vigencia de la Fórmula: 12 HORAS			Duración del Tratamiento			3 meses		
Firma y sello del Médico			Despachado por:			Firma Usuario		