



**RZETAS**



**RZETAS**



**PACIENTE** ONOFRE MONTALVO VIVIANA  
GISELA

**IDENTIFICACION** 0911838100

**HC** 000000003

**EDAD** 52 años con 9  
meses

**FECHA** Quito 19/Ago/2024

Rp/

1. BERIFEN TAB 50MG (DICLOFENACO) TABLETAS VIA ORAL 10 (DIEZ)
2. BERIFEN AMP INY 75MG/2ML (DICLOFENACO) PARENTERAL VIA PARENTERAL 3 (TRES)

**PACIENTE** ONOFRE MONTALVO VIVIANA  
GISELA

**IDENTIFICACION** 0911838100

**HC** 000000003

**EDAD** 52 años con 9  
meses

**FECHA** Quito 19/Ago/2024

PRESCRIPCION: /

1. BERIFEN TAB 50MG UNA TABLETAS VIA ORAL CADA 12 HORAS POR 7 DIAS ESTOMAGO LLENO
2. BERIFEN AMP INY 75MG/2ML UNA PARENTERAL VIA PARENTERAL UNA VEZ AL DU00EDA POR 3 DIAS INTRAMUSCULAR