



**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 AMP INY 75MG/2ML (DICLOFENACO) PARENTERAL  
VIA PARENTERAL 2 (DOS)

**PACIENTE** ONOFRE MONTALVO VIVIANA  
GISELA

**IDENTIFICACION** 0911838100

**HC** 000000003

**EDAD** 52 años con 9  
meses

**FECHA** Quito 19/Ago/2024

PRESCRIPCION: /

1. BERIFEN AMP INY 75MG/2ML UNA PARENTERAL VIA  
PARENTERAL UNA VEZ AL DU00EDA POR 2 DIAS  
INTRAMUSCULAR