

**IPOR**Instituto Peruano de
Oncología & RadioterapiaAv. Pablo Carriquiry 115, San Isidro
993 513 576
informes@ipor.pe
www.ipor.pe

34750

Nombre del paciente:

BARBARA Roman b...
Edad: _____

Financiador: _____

H.C.: _____

Diagnóstico: _____

Cm

(CIE-10): _____

C50.9

DCI

CONCENTRACIÓN

FORMA

CANTIDAD

Letrozol 2.5g # 30 H

INDICACIONES

MEDICAMENTO / INSUMO

DOSIS

VÍA

FREC.

DURACIÓN

Letrozol 1 Hx día x mes

Fecha:

09/5/25

LUIS JONATHAN ORRIGO POMA
ONCOLOGÍA MÉDICA
SMP: 54814 RNE: 38235

Firma y Sello de Médico Tratante

Vigencia de receta por 30 días calendario