



Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 7:00 p.m.
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho
Cel.: 983 872 227

Nombres y Apellidos: Luis Monte Alvarado

USUARIO
Particular ☐
EPS ☐
SOAT ☐
Otros ☐
Convenio ☐

ATENCIÓN
Consulta externa ☒
Emergencia ☐
Hospitalización ☐
Otros ☐
N° de cama ☐

HCL ☐☐☐☐☐☐☐☐

Edad:

Dx.: _____

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Amoxicilina 400 mg

1000 mg

1000 mg

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o Insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

ASSIS/1000
1000mg

3/1/15