



Sede Huaura:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 8:00 p.m.
Av. San Martín N° 392
Cel.: 997 670 532

Sede Medio Mundo:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cel.: 992 982 658

Nombre y Apellidos: Alfred Rodriguez Lopez

Edad: 45 años

USUARIO ☐ Particular ☐ EPS ☐ SOAT ☐ Otros ☐ Convenio

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

Dx.: Enfermedad de Alzheimer (CIE-10)

Medicamento o Insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp. Glutamax #10
17.50 cl/ml Dyc x3d
Boehringer/HA
7.50 cl/ml Dyc x3d

Fecha de Atención Sello / Firma / Col. Profesional Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombre y Apellidos: _____
Medicamento o Insumo Dosis Vía Frecuencia

- Glutamax (100/500) HA

7.50 cl/ml x3d

- Glutamax (100/500) HA

15 ml cl/ml - 7.50 cl/ml x3d

30/10/16