



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama

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

Edad: 50

HCL

Dx.: *Gastroenteritis*

(CIE-10)

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

- Ezomeprazol 20mg. 1tbl. Itd. antes del D.y C x 10d. / 10-15ml
- Tamiflu 500mg. 1tbl. dosis D.y C x 10d / 31-9/1
- Clindamycin 0.02% 20tbl. dosis D.y C x 10d / 31-9/1
- ASS 1000mg. 1tbl. obligatoriamente

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

PL-10/1

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

Aspirine CH 100

s/p clatm

Hoy

10-15ml

dosis D.y C x 10d

31-9/1

30/12/25

P