

Nombres y Apellidos:						
Medicamento o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia			

Dr. K. Smith

tef



Fecha de Atención _____

Sello / Firma / Col Profesional _____

Fecha de Control _____

- 6/11/11 60,000 / 60,000
 - 6/11/11 60,000 / 60,000
 - 6/11/11 60,000 / 60,000

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

☐ (CIE-10)

[illegible]

Nombre y Apellidos: Edad:

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

CLINICA Los Angeles