

INDICACIONES

Nombre y Apellido: EDUARDO ALFARO GOMEZ
Medicamento o Insumo: Via
Dosis: Frequence

00/100

EDU

EDUARDO ALFARO GOMEZ

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

Medicamento o Insumo: _____
Concentración: _____
Forma farmacéutica: _____
Cantidad: _____
RP: _____

DX: _____
(CIE-10) _____

ATENCIÓN: _____
Número de cama: _____
Otro: _____
Hospitalización: _____
Emergencia: _____
EPS: _____
Parterular: _____
SART: _____
Convenio: _____
Número y Apellido: EDUARDO ALFARO GOMEZ

cel. 992 982 658
Av. Ejército Gago Mz. H11 198
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Lunes a Domingo
Sede Medio Mundio:
Av. San Martín N° 392
cel. 997 670 532
lunes a Domingo
8:00 a.m. - 8:00 p.m.
Sede Huauzca:

