



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

Nombres y Apellidos: Immel Amos Telfan

Edad: 45

USUARIO

Particular ☐

EPS ☐

SOAT ☐

Otros ☐

Convenio ☐

ATENCIÓN

Consulta externa ☒

Emergencia ☐

Hospitalización ☐

Otros ☐

N° de cama ☐

HCL ☐

Dx.: \_\_\_\_\_

(CIE-10) ☐

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Vit. B12 1000mcg #30

glucosa 77/10/14

GLUCOSA

- Ascorb. C #11

11 EU - 20

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

- Letegum + Sibaglymo  
1000 50 #10/d

1 + 1/dia  $\frac{D}{C} \times 5d$

77/11/17

*[Handwritten signature]*