



CLÍNICA  
**Los Angeles**

**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:

USUARIO  
Particular  
EPS  
SOAT  
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio

ATENCIÓN  
Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama

HCL

Edad:

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Tenidol (250/50) 11/0

Os de Joh D  
A  
C

X 7d

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

P (24h)

17/2/16