



Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 7:00 p.m.
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho
Cela 983 872 227

Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otras
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama

Edad: HCL

Dx:

(CIE-10)

Medicamento o Insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp:

Betaferin 500 mg
750 ml D Rx 1
Fenoxetil Etil HCl

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Frecuencia

y/a

Dosis

Hombres y Apellidos

Medicamento o Insumo

Indicación

Prescripción

Observación

Alta

Cancelación

Reposición

Modificación

Reservado

Reenvío

Reposición

Cancelación

Reservado

Reenvío

Reservado

Cancelación

Reenvío

Reservado