



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:

Edad:

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.

- Paracetamol 500mg / 12h
3,5ml dth $\frac{D}{A} \times 2d$
C →

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

- Paracetamol 500mg / 12h
3,5ml dth x 12h

REC 29/11

19/12/25 - P