



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

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

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

- Jani Care - 4ml ✓
- Bata HP - 100ml ✓
- Intoxafast 100ml ✓
- Sulfamoxol 100ml ✓
- 1 abono x cada 3 días