



Nombres y Apellidos: *Constan Collazos*

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

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

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

Edad:

HCL

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

(CIE-10)

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp.

- *Fabomycin 500 mg/110 ml*  
*1/2 1/2 1/2*  
*1/2 1/2 1/2*

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
----------------------	-------	-----	------------

- *Cosefazol 40 mg H/10d*  
*1/2 de cucharada x 10d*

- *QSS 15 400 mg*  
*100 mg 1/2 cucharada Dosis*

*29/10/16*