



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: Rodrigo Chávez Mucyngagui Edad: 30

USUARIO	ATENCIÓN	HCL
Particular	Consulta externa	<input type="checkbox"/>
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros _____	Otros _____	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama _____	<input type="checkbox"/>

Dic: FEBRERO (CIE-10) J02.9

- | Medicamento o insumo | Concentración | Forma Farmacéutica | Cantidad |
|---|---------------|--------------------|----------|
| Rp. | | | |
| 1) Perindole procaína 10 mg/ml Sol. Inj #03 | | | |
| 2) Idoxofen 4% | | Sol. Inj #03 | |
| 3) Diclofenaco 75 mg/ml Sol. Inj #03 | | Sol. Inj #03 | |
| - Dicitromicina 500 mg/ml Sol. Inj #02 | | | |
| 1/25 ml vía 1/8h (2 pm) x 5 días | | | |

30/12/25

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

- Phacetex plus t/c #09
1/25 ml vía 1/8h (2 pm) x 3d
- Alerchocix Plus t/c #05
1/25 ml vía (Spm) x 5 días
- Ator 15 mg vía t/c
1/25 ml vía 1/8h x 3d. →
10cc vía 1/8h
1/25 ml vía x 3d