



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: San Román Rb

Edad: 45

USUARIO

Particular ☐

EPS ☐

SOAT ☐

Otros ☐

Convenio ☐

ATENCIÓN

Consulta externa ☒

Emergencia ☐

Hospitalización ☐

Otros ☐

N° de cama ☐

HCL ☐

Dx.: DH Fungicida

(CIE-10) ☐

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Glucosa 5% #150

- Aspirina 100mg / 100

- Insulina #200

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

- Glucosa 5% #150
sw 45
1ml/dol D/hic x 5 d

20/11/15