

Nombres y Apellidos:	Dosis	Vía	Frecuencia
Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 1:00 p.m. Av. San Martín N° 392 Cel. 997 070 532			
Sede Medio Mundo: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 1:00 p.m. Av. Ecuador 1460 Mz. H Lt. 198 Cel. 992 982 658			
Rosa Socorro Salazar Edad: 57			
ATENCIÓN Particular EPS SOAT Otros _____ Convenio _____	HCL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Forma farmacéutica S/5 Rx	(CIE-10) <input type="checkbox"/>
Dx: _____	Medicamento o Insumo Rp	Concentración Rp	Cantidad Rp
<p style="text-align: right;"><i>Rosa Mac.</i></p> <p style="text-align: right;">29/12/2015 Fecha de Atención</p> <p style="text-align: right;"><i>JG</i></p> <p style="text-align: right;">NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA</p>			

 CLÍNICA Los Angeles		Sede Huaura: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Av San Martín N° 392 Cel.: 997 670 532	
Nombres y Apellidos: <u>Rosa Soraya Salazar</u>		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	
USUARIO Particular _____ EPS _____ SOAT _____ Otros _____ Convenio _____		ATENCIÓN <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros _____ N° de cama _____	
		HCL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dx: _____		(CIE-10) <input type="checkbox"/>	
Medicamento o insumo Rp.		Concentración	Forma farmacéutica
			Cantidad _____
<u>Nebulizaciones con Scc CINO</u>			

 CLÍNICA Los Angeles		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. 198 Cel: 992 982 658	
Nombres y Apellidos: <u>Rosa Socorro Salazar</u>		Edad: <u>67</u>	
USUARIO Particular EPS SOAT Otros _____ Convenio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN Consulta externa Emergencia Hospitalización Otros _____ N° de cama _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HCL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dx: _____	(CIE-10) <input type="checkbox"/>		
Medicamento o insumo	Concentración	Forma farmacéutica	Cantidad
Rp.			
<u>① Ceftriaxona 1g</u>	<u>Ap</u>	<u>#5</u>	<u>1</u>
<u>② Doxiclorina 100</u>	<u>Ap</u>	<u>#3</u>	<u>1</u>
<u>③ Claritromicina 500 mg</u>	<u>ts</u>	<u>#14</u>	<u>1</u>
<u>1 tab w q/12 h</u>	<u>8m</u>	<u>x 7d.</u>	<u>1</u>
<u>29/12/25</u>	<u>q</u>		
Fecha de Atención	Sello / Firma / Col. Profesional		Fecha de Control
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

INDICACIONES

Nombres y Apellidos

INDICACIONES

Nombres y Apellidos

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
- Bwunto de Ipatipio INH		#01	
2 puff c/811 (n-T-n) x 7d (AC)			
- Salbutamol 100g INH		#01	
2 puff c/811 (n-T-n) x 7d.			
- Fluimucol 600g sotar #01			
150mg al dia (8m)			
	x Sot.		
EV 4/211.			
C+D → 29-30-31			
C → 21-02			