



Nombres y Apellidos:

Felicitas Padilla Demum

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
ConvenioATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____Edad: 18
HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

① Ceftriaxona 1g Amp #05

② Dexametasona 4g Amp #03

③ Azitromicina 500g tabs #05

al los 6 h 4/24h (1pm) x 5días

26/12/25

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Sede Huaura:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 8:00 p.m.
Av. San Martín N° 392
Cel.: 997 670 532Sede Medio Mundo:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cel.: 992 982 658

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo Dosis Vía Frecuencia

④ Brumano de Jp fopu INH #01
2 Puff c/8h (M-T-N) x 7d. (DC)⑤ Salbutamol 100g INH #01
2 Puf c/8h (M-T-N) x 7d⑥ Fluimucol 600g Solu #05
15ml al dia (P) x5d
8amC+D → 26-27-28 (EU)
EV/24h C → 29-30

Reevaluar: 29/12/25

Q



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:

Felicitas Padilla Damon

Edad: 28

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

Nº de cama _____

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros _____

Nº de cama _____

HCL

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

DX.:

(CIE-10)

--

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Nebulización con Scc CINAG 4% +

26/12/25

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

10gotas Salbutal x 30/min

f