



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: _____

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

☐
☐
☐
☐
☐

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

HCL

☐☐☐☐☐☐☐☐

Dx: _____

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

p.

[Handwritten notes and signatures in the medication table area]

Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

Ceftriaxona

2C + 0 - p (26/27/29)

26/27/29