



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:

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

Rp.

~~Fosfomycin Zn #tbl~~

~~12h abm~~

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

Voxgel #bontas  
1 ordo ant de curarse  
X6 ordo

EG-22/18

CORPORACIÓN ENOS MEDICAL S.A.  
CLINICA LOS ANGELES  
Dr. Mario Luis Milla López  
C.M. 5785  
18/11/18

Interferon 100x2 #6tl

1td qm  $\frac{D}{C} \times 3e$

Penzsferin 100 #6tl

1td qm  $\frac{D}{C} \times 3e$

Doxaprost -  $\frac{Vp}{N} \times 5e$