



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: Carlos JoséEdad: 6

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.

- Paracetamol 500/10010ml Soln D/N/C 130- Albúmina 10% #6TT

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Paracetamol 500/10017/10/2018