



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: Silvia Nisha Serec Edad: 48

USUARIO
Particular ☐
EPS ☐
SOAT ☐
Otros ☐
Convenio ☐

ATENCIÓN
Consulta externa ☐
Emergencia ☐
Hospitalización ☐
Otros ☐
N° de cama ☐

HCL ☐

Dx.: Vertigo Paroxístico Posicional (CIE-10) ☐
Insuficiencia Venosa crónica

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad
Rp.

Betahistina 24mg tab 04

Hirudoid gel 01

22/12/25
Fecha de Atención

[Firma]
Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA



INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo Dosis Vía Frecuencia

Betahistina

1 pastilla 7 am

por 4 días

Hirudoid: aplicar 1 vez
antes de dormir