



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 _____
Nº de cama _____

HCL

--	--	--	--

Dx.:

(CIE-10)

--

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica
Cantidad

Rp.

- Difluo ds t3ds
- Prudimol ut t3ds / m3d . 23/u ks
- V. favore cut t3rs

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

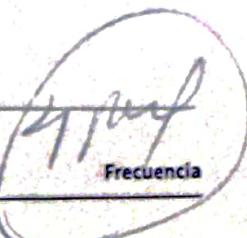
Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

17-12



Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- 6 loz 100 ml



Q-
D-
Ayus

m3d . 23/u ks

23/11/15