



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 Nchio Serréz Edad: 48

USUARIO	ATENCIÓN	HCL
Particular	Consulta externa	<input type="checkbox"/>
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros _____	Otros _____	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama _____	<input type="checkbox"/>

Dx.: Nervio Paroxístico Posicional (CIE-10) I48

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp.

Betahisina 24mg tab 04

Hirudoid gel 01

22/12/25

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
----------------------	-------	-----	------------

Betahisina

1 pastilla 7 am

por 4. días

Hirudoid: aplicar 1 vez
antes de dormir