



Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 7:00 p.m.
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho
Cel.: 983 872 227

Nombres y Apellidos:

Edad: _____

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

HCL

Dx.:

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Aspirina 500 mg x 100 vials
- Paracetamol 500 mg x 100 vials
- Fluconazol 150 mg x 100 vials

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

- Fluconazol 150 mg v
- Cetazol 10 mg 1 v/d
- Trastuzumab 100 mg
- Fluconazol 150 mg v
- Fluconazol 150 mg v
- Fluconazol 150 mg v
- Fluconazol 150 mg v