



**CLÍNICA
Los Ángeles**

Nombres y Apellidos:

Gm h J. Polom

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

Nº de cama

HCL

Dx.: *Empirosis*

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Panuproct 40 mg

1 got qdys 2 hrs Hc

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

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

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

- *Hh h plus #6 t/t*
(t/t) dn 2 x 3 d

Firma y Sello

Peso _____

FE _____

Deposiciones _____

27/11/25

JG