

RC-20/12



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:

Van Saúl Ríos

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

HCL

Emergencia

Hospitalización

Otros

Nº de cama

Dx.:

Medicamento o insumo

Concentración

(CIE 10)

Cantidad

Rp.

- Paracetamol 500 # 3ds

- Diflunisal 250mg 100

A+Dx@el

10/12/12

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

- Convenio # std

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

111 Ayum xsl

Medicamento o insumo

Dosis

Frecuencia

Polarantm 50, # 10td

1H ~~10~~ desayuno xial

BFD 1/12

- flumoxine 600#10nb

150mg qd xsd



CLINICA LOS ANGELES  
CORPORACION EHOS MEDICINA SAC RUC 203-0201281  
Dr. Mario Luis Molina Lopez  
CPB 57765

12/12/12