



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:

Edad: \_\_\_\_\_

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.

Tambor 2ml/500mg

20 X 50 ml. 24/25/06/10

\_\_\_\_\_

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

## INSTRUCCIONES

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

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

- Paracetamol 500 mg  
oral 6000 mg

- Bromoform 20 ml 10%  
1000 ml x 10

- Dosis 1500 ml

10 ml diarios Día/C

FC

29/11/16