

INDICACIONES			
Nombres y Apellidos:	Medicamento o insumo	Dosis	Vía
Frecuencia			
<p><u>Yannick M. M. de la</u></p> <p><u>Utilizar de fármacos S/ a la</u></p> <p><u>ESPOL</u></p> <p><u>polifármacia X 2000</u></p>			

24/11/2016

CLÍNICA  Los Ángeles		Sede Huaura: Lunes a Domingo: 8:00 a.m. a 00:00 m Av. San Martín N° 323 Cel. 995 670 532	
Sede Médica: Lunes a Domingo: 8:00 a.m. a 00:00 m Av. Enrique Gómez M. Lt. 198 Cel. 995 982 558		Sede Huaura: Lunes a Domingo: 8:00 a.m. a 00:00 m Av. San Martín N° 323 Cel. 995 670 532	
Nombres y Apellidos: <u>Martín Gómez</u> Edad: <u>55</u> ATENCIÓN <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros _____ Nº de cama _____			
USUARIO Particular <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> SCAT <input type="checkbox"/> Otros _____ Convenio _____ Dr.: _____			
Medicamento o Insumo _____ Rp. _____			
Concentración _____			
Farma _____ Farmacéutica _____			
Cantidad _____			
(CIE 10) _____			
HCL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Fecha de atención _____			
Fecha / Firma / Cel. Profesional _____			
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

Nombres y Apellidos:		Tel. 992 982 658	
USUARIO	Edad: <input type="text"/>		
Particular			
EPS			
SOAT			
Otros			
Convenio			
<input type="checkbox"/> ATENCIÓN <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> N° de cama		HCL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dx.: (CIE-10) <input type="text"/>			
Medicamento o insumo Rp.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
RP: HISTORIA CLÍNICA ATOS GENERALES LUGAR DE HABITACIÓN FECHA DE HABITACIÓN			
Proctonax D			
Fecha de Atención	Sello / Firma / Col. Profesional		Fecha de Control

 CLÍNICA Los Angeles		Sede Husar: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 8:00 p.m. Av. San Martín 1392 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		Edad: <input type="text"/>	
res y Apellidos: RIO lar io		ATENCIÓN Consulta externa Emergencia Hospitalización Otros N° de cama <input type="text"/>	
		HCL <input type="text"/>	
Item <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		(CIE-10) <input type="text"/>	
mento o insumo <i>Albuterol f.f. 100</i>		Concentración <i>600 - 1200</i>	
		Forma Farmacéutica <i>600 - 1100</i>	
		Cantidad <i>600 - 1000</i>	
Fecha de Atención <i>20/11/11</i>		Sello / Firma / Col. Profesional <i>30/11/11</i>	
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____				
Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia	
- Dofluthine 600 mg/10ml	1/6s	Oral	<u>x5d</u>	
- Diflub plus 460mg	1/1d/21	Oral	<u>x3d</u>	
- Glutarimic 300 mg/10ml	1-1d/2d	Oral	<u>x5d</u>	
				7/6/11/26