



Nombres y Apellidos:

USUARIO  
Particular   
EPS   
SOAT   
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio ATENCIÓN  
Consulta externa   
Emergencia   
Hospitalización   
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama Edad:  HCL    Dx.: \_\_\_\_\_ (CIE-10) 

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

- Enalapril 10,730T.d  
1T 9:00M x30d
- Pantoprazol 16,720T.d  
1T 10mgs x20d

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 532Sede 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

- x Harostatin 70,720T.d  
1T 9:00P x2d

- Remina Cardiolipin  
Dr. Obregon

29/12/25 KP