



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:

USUARIO  
Particular  
EPS  
SOAT  
Otros  
Convenio

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ATENCIÓN

Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros  
N° de cama

☒  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

HCL

☐☐☐☐☐☐☐☐

Edad:

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Prudomol 40 # 30s

Dulcine 25 # 30s

Urtica 40 # 30s

22/23/24

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

## INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

PC-29/11/15

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Betadine + Iododerm #1  
30 100

- Imign Plus # 30TJ  
1Hdon  $\frac{D}{A} \times 100$

- Betadine 0.5% → 3:00pm

- Iododerm 5% → 3:00pm  
30