



**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

## INDICACIONES

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

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

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

Edad:

### USUARIO

Particular ☐

EPS ☐

SOAT ☐

Otros ☐

Convenio ☐

### ATENCIÓN

Consulta externa ☒

Emergencia ☐

Hospitalización ☐

Otros ☐

N° de cama ☐

HCL ☐

☐

Dx.: \_\_\_\_\_ (CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- 750mg de ceftriaxona

- Difenhydramina 25mg

- Vit. B12 1000mcg

10/19/10

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**