



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

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Enalapril 10, #30tbl

1tbl 9:00am x30d

- Cardipron 15, #20tbl

1tbl abm x20d

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

## INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Xlorastatin 20, #20tbl

1tbl 9:00pm x20d

- Remin Cardiolegin

Dr. Dbarca

29/12/25