



CLÍNICA  
**Los Ángeles**

**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:

*Elin Toner*

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.

*1 Sclerol CH*  
*Alfentan 60 Hds*  
*Dibupr 25 Hds*

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

*22/12/15*