



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 _____
Nº de cama _____

HCL

Edad: _____

Dx:

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp:

- Amox 500 # 60s

20+0 x 3d 23/11/26

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

- NSS/ISI/000000

10ml 1/1 cada 8 Día

gente de autor

- P.

23/11/15