

**Sede Huesca:**  
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:

*Alexis Irotygi Shyrtan*

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.

*- Ampicilina c/s H<sub>2</sub>O*  
*- Asitru c/s*  
*- Ketoprofeno 100 mg*  
*100 mg*

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

*- ASSISTIR AL HD*

*10 mg 1/ hora y 1/2 D/Kle*

*gato de cantidad*

*- Dato para 15 H<sub>2</sub>O*

*- Prednisona c/s H<sub>2</sub>O / 10 mg x 2 30, 31*

*- Vit. B<sub>12</sub> c/s H<sub>2</sub>O*

*29/12/16*