



Lunes a Domingo  
8:00 a.m. - 7:00 p.m.  
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho  
Cel.: 983 872 227

Nombres y Apellidos: Manuel P. B. Edad:     

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

☒  
☐  
☐  
☐  
☐

HCL

Dx.: Tricarditis (CIE-10)     

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Dextropropup/100/100

10ml de D/NIC x3d

- Albúmina, des #6tt

10ml D/C x3d

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

- Dextropropup 100/100

10/100 x3d

- 10ml de D/NIC

10ml de D/NIC

5gts x3cc x3d

10ml de D/NIC x3d

23/10/15