



Nombres y Apellidos:

USUARIO  
Particular  
EPS  
SOAT  
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio

ATENCIÓN  
Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_  
HCL

Dx.: \_\_\_\_\_

(CIE-10)

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp.

- Dexamfetamina HCl 6 mg XSD

- Paracetamol 500 mg

- Cetirizina HCl XSD

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**

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 Gagó Mz. H Lt. 19B  
Cel.: 992 982 658

### INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Dexamfetamina HCl XSD

- Paracetamol 500 mg

12.5 mg cada 8 horas

- Cetirizina HCl 1 mg

17/12/25