



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: Silvana Nohemí Edad: 4a.

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

HCL

Dx.: _____

(CIE-10)

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			

Gallblucomax INH # 01

NBZ ⇒ Subbutan 20g + necl 4a ⇒ 3 vols 4/20a x 1tsu

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
<u>Gallblucomax</u>			

2 vols cada 4h x 2 dñs
2 vols cada 6h x 2 dñs
1 vols cada 12h x 1 dñs
Ley de la madre lejante el cur

26-12-25

A

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA