



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: Alexia Siquiera Solis Edad: 2a

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.

- Nebulización con Sec (Norgestrel) 7

21/12/25
Fecha de Atención

[Firma]
Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

5 gotas SoluMed 2x/dh.

9