



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:

Orma Ruiz Torres

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.

- *Dolcham 100/50 Hb*

6ml xsd

- *Clonidina Hb*

xsd

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

- *Clonidina xsd*

- *Paracetamol 100/100*

12.5ml solo a la noche

- *Control con 1/12/25*

47/12/25