



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:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros \_\_\_\_\_

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
N° de cama \_\_\_\_\_

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

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

-Sulfato de zinc

-Lecitina #300

900 mg x 30

07/02/2021

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

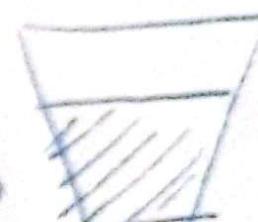
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:	Vía	Frecuencia
Medicamento o insumo	Dosis	
Aspirina 1000 mg	100 mg	1000 mg

- Aspirina 1000 mg

100 mg Día



07/02/2021

0/21