



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: Tony Cruz Edad: 17

USUARIO	ATENCIÓN	HCL
Particular	Consulta externa	<input type="checkbox"/>
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros _____	Otros _____	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama _____	<input type="checkbox"/>

Dx.: _____ (CIE-10) _____

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

Rp.

Paracetamol Tab # 10
Ibuprofeno Tab # 10
Anesicida Tab # 10
Acticitri nro. # 05

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 _____

Paracetamol1 tab cada vez tenga fiebreIbuprofeno1 tab { + Dragee + Nurofen / + 200 mg + 600 mgAnesicida1 tab { + Dragee + Nurofen / + 5 diasActicitri1 tab x dia x 5 dias (Nro. 5)20-12-75