



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: Maria Recriegui Rodillo Edad: 77
USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio
ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama
Dx.: Incidente emético / Cefalea (CIE-10)

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			
Cloruro de sodio 0.9%	1 litro	01	
Cloruro de sodio 0.9%	100ml	09	
Pantoprazol	40mg (iny)	01	
Dimenthidrato	30mg (iny)	01	
Paracetamol	10mg/ml (iny)	01	

18/12/25
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
----------------------	-------	-----	------------