



CLÍNICA
Los Ángeles

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: Alvaro Latorre Salazar Edad:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

<input type="checkbox"/>

HCL

Dx.: JU + STU

(CIE-10)

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

Rp.

Bethoxathol 1% ml.
fixsd 22/23/24/25/26

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

PC → 29/11

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

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

- Vaxigel #60m

10ml uds de a lo sumo

X6mld

22-22

- Shunt gris

22/12/15