



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: Tom Rector

Edad: 45

USUARIO

Particular ☐

EPS ☐

SOAT ☐

Otros ☐

Convenio ☐

ATENCIÓN

Consulta externa ☐

Emergencia ☐

Hospitalización ☐

Otros ☐

N° de cama ☐

HCL ☐

Dx.: Josephine Cruz

(CIE 10) 10

Medicamento o insumo

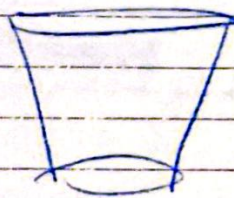
Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Genina Base #16



1-15

4100

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

- Levodopa ah Hb
4/1 el día craso

- I nujon plus # 40tt del 1º

1ta D C x 200

- Melatonina 5 7 Dormir

- Cibit. de 1/2 7 Dormir

29/12/18