



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:

Juan Luis Castro

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

☒  
☐  
☐  
☐  
☐

HCL

Dx.:

Tuberculosis

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Tubexamin Soln Hcl

1ap  $\pi$  x 1ud

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

J. L. Castro

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

Tubexamin 250. Hcl

1 fda al día x 10d

RC  $\rightarrow$  5/1/15

22/1/15