



Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 7:00 p.m.
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho
Cel.: 983 872 227

Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
N° de cama _____

HCL	<input type="checkbox"/>				
-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Edad:

Dx.:

(CIE-10)

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

20 tabletas de 500 mg
500 mg cada tabletas x 50
disney - 1000 tablets x 2.00
20 tabletas Clotrimazol
100 mg tabletas x 1.00

Neuroleptico 100 mg x 2.00

JUAN JOSE MARCELO
CMP. 34628
DICO CIRUJANO
PEDIATRA
e Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuen
----------------------	-------	-----	---------