

Nombres y Apellidos:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros _____

Convenio

Dx.:

Medicamento o insumo

Rp.

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros _____

Nº de cama

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. Ezquiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cel: 992 982 658

Edad: _____

(CIE-10) _____

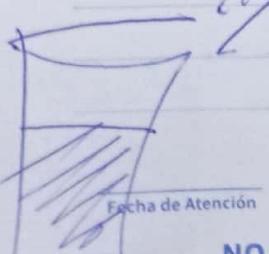
Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

- fosfomycin 3n thib

12h almp almp



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

- Vongel Hbonts
10mls ant churrosse
(6vts)

RG-22/18

CLÍNICOS S.A.S. C.R.C. 2330201281
CORPORACIÓN ENSES MEDICINA S.A.S.
Dr. Mario Luis Motta Lopez
CM-50765
18/12/18

Polyester 100% #6 th

10 dm $\frac{D}{C} \times 3d$

Fonyofahr 100 #6 th

10 dm $\frac{D}{C} \times 3d$

Dorahart. $\frac{H}{N} \times scd.$