



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:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
N.º de cama _____

Edad: _____

HCL



Dx.: _____

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica → Cantidad

Rp.

- Tetracym 500 mg tablo

100 tablo x100

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
----------------------	-------	-----	------------

- Tetracym 250 mg 10H

1 Halmox x10d

- Recomendaciones

2.2/11/16