



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

ATENCIÓN  
Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
N° de cama \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

HCL

Dx.:

(CIE-10) \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Spemdm 60n Hcl  
Perfumado de Hcl  
Hcl 100 C.H

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