



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:

Edad:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama

HCL

Dx.:

(CIE-10)

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

Rp.

- Voban 100 mg

glucosa 7200 mg

GLUCOSA

- Aspirina 400 mg

SI-EU-28

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

- Letonium & Siboglyptin
1000 SO #10/11

10/10/21 Q xs d

7/1/22

47