



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: Margarita Gonzales Vollmo Edad: 65

USUARIO	ATENCIÓN
Particular	Consulta externa
EPS	Emergencia
SOAT	Hospitalización
Otros	Otros
Convenio	Nº de cama

Dx.: Insuficiencia venosa (CIE-10) []

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			

Insuficiencia venosa 21

Hirudoid 0.300% crema 01

Diclofenaco 75mg/14ml 1M 03

19/12/25 Sello / Firma / Col. Profesional Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

Diclofenaco (75mg) 1M c/24h x 3 días

Debe fijarse de calcio

1Tcb D → A x 3 días C

Hirudoid (crema) aplicar 3 veces al día

- Medias compresivas 15 mmHg.
- Usarla por 3 días
- En las noches dormir con piernas elevadas encima de una almohada



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: Margarita Gonzales Vollmo Edad: 65

USUARIO	ATENCIÓN
Particular	Consulta externa
EPS	Emergencia
SOAT	Hospitalización
Otros	Otros
Convenio	Nº de cama

Dx.: D/c Insuficiencia Venosa. (CIE-10) []

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Rp.			

Ecoangiografía Doppler de miembros inferiores

19/12/25 Sello / Firma / Col. Profesional Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

Dr. Leandro

990 283 110

Al costado del Chico

España, en el 2º piso.