



Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

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

Edad: HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo
Rp.

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

- *Hidroclorotiazida*

- *Antidepresivos*

- *GTT a 0,9% H2O*

Valentín

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