



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:

Doña Cruz Nucynagui

Edad: 30

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

HCL

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

Dx:

F06A

(CIE-10)

002.9

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- ① Peridol procton 10.0000 mg #03
- ② Lexapro 4g #03
- ③ Zolopax 75mg #03

- Diltiazem 50mg tabs #05
1 tab po q/h (2pm) x 5 d.

30/12/25
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

- Phidolox plus tabs #09
1 tab po q/h (2pm) x 3 d.

- Alerchock Plus tabs #05
1 tab al día (5pm) x 5 d.

- Afor 15/5 gts #01

10cc po q/h (2pm) x 3 d.