

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.

## INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**

MACARLUPU QUISPE MARCELO  
CMP. 34628  
MEDICO CIRUJANO  
PEDIATRA

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

MACARLUPU QUISPE MARCELO  
CMP. 34628  
MEDICO CIRUJANO  
PEDIATRA