



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: Irma Collao Novoa Edad: 46

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.			

- ① Orfenadrina 60g Arp #03
- ② Diclofenaco 75, Arp #03
- ③ Vitacose plus. Arp #01 → IM start

29/12/25
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
----------------------	-------	-----	------------

- 6 caps nro 100
oral dep. 1-2 x sd.
c

IM 4ml x 3d.
IM start