



CLÍNICA
Los Ángeles

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:

Edad:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

<input type="checkbox"/>

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

HCL

DX.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Rivotril 10, 150ml

10 ml x 30 días

desayuno

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

Gutiérrez Valdés 203

- Padifen 100 mg 20 ml

1 ml al dia x 20 d

dmn 10 X 3 mrs

- Dextrofetamina

Pazarm

29/mes