



Nombres y Apellidos: Noemí Espinoza Valverde Edad: 33

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

HCL

Dx: Apendicitis Aguda.

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.
Cloruro de sodio 0.9% 1 lmo 01
Abocath N° 18G 01
Equipo de venoclisis 01
Hclave de triple vía 01

22/12/25

ELISA MARQUEZ LAOS
MEDICO CIRUJANO

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

Cloruro de sodio 0.9%.

EV

300 ml a chorro, luego

30 gotas por minuto.



Nombres y Apellidos: Noemí Espinoza Valverde Edad: 23

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

HCL

Dx: Infección de Vías urinarias

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.
Nitrofurantoina 100mg tab 10
Enazopridina 100mg tab 05
Paracetamol 500mg tab 05
Metronidazol 1gr iuy 01

22/12/25

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	-------	-----	------------

No se observan Metronidazol 1g IM STAT

Nitrofurantoina

1 pasillo M (7)

x 5 días

N (7)

después de comidas

* Enazopridina:

1 pastilla 1 vez al día por
= día