

INDICACIONES			
Nombre y Apellido:	Dosis	Vía	Frecuencia
Dr. Cristian Encinio			
cel : 990283110			
Sede Huaura: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. San Martín N° 392 Cel. 992 820 532	HCL		
Sede Media Mundo: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 198 Cel. 992 820 558			
USUARIO Particular EPS SOAT Otros _____ Convenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENCIÓN Consulta externa Emergencia Hospitalización Otros _____ N° de cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dx.: Contusión costal (CIE-10)	Medicamento o insumo	Concentración	Forma farmacéutica
			Cantidad
24/12/25	Fecha de Atención	Sello / Firma / Col. Profesional	Fecha de Control
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

Dr. Rafael Guenro Bautista Edad: 72

24/12/25

S/ Rx Ecografía abdominal completo

J D. 90% de perito patr.

D/C Gastroenterológico

S/ Rx Ecografía abdominal completo

24/12/25

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES			
Nombre y Apellido:	Dosis	Vía	Frecuencia
Magdaleno Guenro Bautista			
Sede Huaura: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. San Martín N° 392 Cel. 997 670 532	HCL		
Sede Media Mundo: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 198 Cel. 992 820 658			
USUARIO Particular EPS SOAT Otros _____ Convenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENCIÓN Consulta externa Emergencia Hospitalización Otros _____ N° de cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dx.: Contusión costal (CIE-10)	Medicamento o insumo	Concentración	Forma farmacéutica
			Cantidad
1/2/25	Fecha de Atención	Sello / Firma / Col. Profesional	Fecha de Control
S/S Rx de parilla costal derecha			
D/C Fractura de costilla			
Rajamanga			
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

Dr. Rafael Guenro Bautista Edad: 72

1/2/25

S/ Rx Ecografía abdominal completo

1/2/25

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES			
Nombre y Apellido:	Dosis	Vía	Frecuencia
Rafael Guenro Bautista			
Sede Huaura: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. San Martín N° 392 Cel. 997 670 532	HCL		
Sede Media Mundo: Lunes a Domingo 8:00 a.m. - 6:00 p.m. Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 198 Cel. 992 820 658			
USUARIO Particular EPS SOAT Otros _____ Convenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATENCIÓN Consulta externa Emergencia Hospitalización Otros _____ N° de cama _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dx.: Contusión costal / Dolor abdominal (CIE-10)	Medicamento o insumo	Concentración	Forma farmacéutica
			Cantidad
① Dolo ret 60g Ap #03	Rp.		
② Hioscina 20g Ap #03			
③ Axitromicina 500g tab #05			
1tbl al dia (1pm) x 5días			
atmigo			
29/12/25	Fecha de Atención	Sello / Firma / Col. Profesional	Fecha de Control
S/ Rx drenología			
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA			

④ Fluimucil 600g Soluc #05  
1solub al dia (8am) x Soluc

⑤ Celecoxib 200g tabs #05  
1tbl al dia (8am) x 5días

⑥ Geria Care fo #01  
1tbl/dia x 3d. → 2solub al dia dia  
⑦ Oxfadina 100g tabs #05  
1tbl al dia (7pm) x 5días

⑧ Diclofenac 200mg tabs #05  
Aplicar 1tbl x 3dias