



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:

Alm. Zende Bon

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros
Convenio

☐
☐
☐
☐
☐
☐

ATENCIÓN

Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
N° de cama

☒
☐
☐
☐
☐
☐

HCL

Edad:

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Continuar 100, # 90T
17 Aguas x 3 mos

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

20 Aguas x 3 mos

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

29/1/15