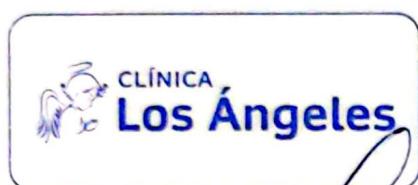


159.50



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:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros
Nº de cama

HCL

Dx.:

Gastritis x H pylori - K29 (CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

-omeprazol 40 mg tabletas 10 antes D y C x 10d

-Tinidazol 500 mg tabletas

-Chromomax 500 mg tabletas

Passiss 2000 Hb

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

PC-28/r

antes D y C x 10d
18-27
Dosis D y C x 10d

Dr. Mario Luis Medina Lopez
CORPORACION EHOS MEDICALS S.A.U.C. 0300201281
CMP 577/05
malestar 12/12/15