



Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 7:00 p.m.
Calle Arambulo La Rosa N° 156 - Huacho
Cel.: 983 872 227

Nombres y Apellidos:

USUARIO
Particular
EPS
SOAT
Otros _____
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

Edad: _____

Dx.:

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo
Rp.

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

- Difenoxin 50 mg/5ml
10 ml dia DHC x 3d - sc

- Albut. 100 mg/60 ml

- Hclm. OxyC x 3d

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

- Hclm. 100 mg/5ml
10 ml dia - sc
- Difenoxin 50 mg/5ml
10 ml dia - sc
- Hclm. 100 mg/60 ml
- 73/116