



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: Eduardo Gómez Edad: 28

USUARIO  
Particular  
EPS  
SOAT  
Otros \_\_\_\_\_  
Convenio

ATENCIÓN  
Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
N° de cama \_\_\_\_\_

HCL

Dx: Docetaxel (CIE-10) Q30.0

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

Metformina 1000 mg tab 10

20/12/25

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

GUARDE TU RECETA

## INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

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

1 Tab en ayunas p/

persona

el 15/12/26 volver a

repetir dosis