



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: San Juan Benito

Edad:

USUARIO

Particular

EPS

SOAT

Otros

Convenio

☐
☐
☐
☐
☐

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

☒
☐
☐
☐
☐

HCL

☐☐☐☐☐☐☐☐

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

Paracetamol #200

Clonazepam #3 bld

Urdi x 30

20/21/22

CHD x 21 (20/21)

0 (22)

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

ASSIS / MONO

10ml d'ya 2/12/10

