

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: Derick Centeno Sison Edad: 12

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:
- Uiril 75g Ap #01
- Deracutison 4g Ap #01

21/12/25
Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

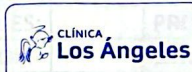
NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo Dosis Vía Frecuencia

(2ve) (50mg)
FU Cut. Scl.



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: Derick Centeno Sison Edad: 13

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:
① Cauditar 200g les #05
(celecoxib)
1/2 h. w 1/24h (8am) x 5cl.

21/12/25
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

② Difendran 100g les #05
1/2 h. w 1/24h 8am x 5cl.

③ Moviflex 100 spray #01
Aplurar 5aplaner 1/2 h. T x 3cl.

④ Hielo lvd
reparo del pie



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: Derick Centeno Sison Edad: 12

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:
- Uiril 75g Ap #01
- Deracutison 4g Ap #01

21/12/25
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

Rx de pie
factura d 100g