



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
Otras
Convenio

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
N° de cama _____

HCL

Edad: _____

Dx.:

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Taximetriquialto
Tom de Dts 100 x3d
- Albuterol 400
Tom de Dts 910 x3d

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

- Zofran 500mg STT
Halox x5d
Tom de Dts 100 x3d
Albuterol 400
Tom de Dts 910 x3d
Sustitucosal
Albuterol 400
Tom de Dts 910 x3d
Zofran 500mg STT