



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:

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.

- Zetm etm us Ht
- Optim 60 us 100
dosis

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



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:

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.

- Jim Care Ht

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

RC - 29/11

4 p.m.