



Sede Huaura:
Lunes a Domingo
8:00 a.m.- 8:00 p.m.
Av. San Martín N° 392
Cell.: 997 670 532

Sede Medio Mundo:
Lunes a Domingo
8:00 a.m. - 6:00 p.m.
Av. Ezequiel Gago Mz. H Lt. 19B
Cell.: 992 982 658

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:	Medicamento o Insumo	Dosis	Vía	Frecuencia
----------------------	----------------------	-------	-----	------------

- Ondansetron 8 mg
Dosis: 2 mg cada 12 h x 3 días #01
- Diclofenac 50 mg
Dosis: 100 mg cada 12 h x 3 días #09
- Paracetamol 500 mg
Dosis: 100 mg cada 6 h x 3 días #04
- Cefuroxima 500 mg
Dosis: 100 mg cada 12 h x 5 días #10

Nombres y Apellidos:	Miguel Chino Figueroa	Edad:	24
HCL:	[] [] []		
ATENCIÓN	<input type="checkbox"/>	Consulta externa	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Emergencia	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros _____	<input type="checkbox"/>	Otros _____	<input type="checkbox"/>
Nº de cama _____	<input type="checkbox"/>		

Dx: Fiebre (CIE-10) J03.9

USUARIO	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
Particular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SOAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convenio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Rp.

- Diclofenac 50 mg #01

01 Mayo 100 mg Start.

- Cefuroxima 500 mg 100 mg #10
100 mg cada 12 h x 5 días

29/12/25

Sello / Firma Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA