



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

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o insumo Dosis Vía Frecuencia

Nombres y Apellidos: Camilo Almonacid

Edad: 18

USUARIO
Particular ☐
EPS ☐
SOAT ☐
Otros ☐
Convenio ☐

ATENCIÓN
Consulta externa ☒
Emergencia ☐
Hospitalización ☐
Otros ☐
N° de cama ☐

HCL ☐

Dx.: Tram Carbam. / Astma

(CIE-10) J45

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Rp.

- Terbutalina 250g #10 H

1 gph $\frac{1}{N}$ x 15d

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

- Terbutalina 250g #10 H
1 Halmo x 10d

- Poeseranti, así
condicionales

22/12/15.