



**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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

**ATENCIÓN**

Consulta externa  
Emergencia  
Hospitalización  
Otros \_\_\_\_\_  
Nº de cama \_\_\_\_\_

HCL

<input type="checkbox"/>

Edad:

26

Dx.:

(CIE-10)

--

Medicamento o insumo

Concentración

Forma  
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Amoxycilina 500 mg
  - Difenoxilato 10 mg
  - Aspirina 650 mg
- ahm

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

CLINICA LOS ANGELES  
CORPORACION EHOS MEDICAL S.A.C  
Dr. Mario Luis Molina Lopez  
DNI: 20300201281  
FIRMA: Mario Luis Molina Lopez  
MP 5765