



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
Otros _____
Convenio

--	--	--

ATENCIÓN
Consulta externa
Emergencia
Hospitalización
Otros _____
Nº de cama _____

--	--	--	--	--	--

Edad: _____

Dx.: _____

(CIE-10) _____

Medicamento o insumo	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
----------------------	---------------	--------------------	----------

Rp.

Benzepat 400 mg 3 tabl.

Al Ajum 300 ml - dos.

Pralafen 250 mg #2026.

Fotofitox 200 ml

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 _____ Fr _____

- UtaGan 400 mg

100 ml - 4 P

- Cefaz 100 mg

100 ml - 4 docegues

- Aslecoch

400 mg

30/12/2015