

S:
Ita:

Integra Salud



POLICLINICO

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 _____

HCL

Edad:

Dx.: _____

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

~~Zofran 10 mg, 10 tabs~~
~~Klorola 500 mg, 10 tabs~~
~~Trifilite 500 mg, 10 tabs~~
~~Acetaminofén 500 mg, 10 tabs~~

cha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

| Medicamento o insumo | Dosis | Vía | Frecuencia |
|----------------------|-------|-----|------------|
|----------------------|-------|-----|------------|

Trifilite 500 mg, 10 tabs
Klorola 500 mg, 10 tabs
Septihex 500 mg, 10 tabs
Acetaminofén 500 mg, 10 tabs

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA