

1 EC-20/12



**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

ATENCIÓN

Consulta externa

Emergencia

Hospitalización

Otros

N° de cama

HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma Farmacéutica

Cantidad

Rp.

- Betametrax 500 # 3ds  
- Dufren 25 # 25 / EV

A + D x 3ds  
10/18/19

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

- Conozco 40 # 5td

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

1ta Ayum xsd

Medicamento o insumo

Dosis

Frecuencia

Orantm 50 # 10td  
1ta ~~ant~~ disyuo xial

B + D 1/12

- flumexau 600 # 10td

17th af xsd  
12/12/19

CLINICA LOS ANGELES  
CORPORACION EROS MEDICAL S.A.C. RUC. 20310201281

Dr. Mario Luis Molina Lopez  
C.O.P. 57765