



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

N° de cama

Edad:

HCL

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Rp.

INDICACIONES

Nombres y Apellidos:

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

- Cefepim 400 # 25 tabs / 11 months Dy C x 10d
- Trimofu 500 # 20 tabs / 10 days Dy C x 10d
- Clindamycin 500 # 20 tabs

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA