

79-12-25..... Hora 18:30 pm

51 - 998



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 _____
Nº de cama _____

HCL

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Dx.:

(CIE-10)

Medicamento o insumo
Rp.

Concentración

Forma
Farmacéutica

Cantidad

Omeprazol 20 mg x 100, f/ 907
11 agujas x 3 mls

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 |
|----------------------|-------|-----|------------|
|----------------------|-------|-----|------------|