

S: .....  
Ita: .....



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: .....

Edad:

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.

cha 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

*Forma de uso: 1/2*  
*Indicaciones: 1/2*  
*Sigla: 1/2*  
*1/2*