



Nombres y Apellidos: Derrick Centro Sipan Edad: 15

USUARIO Particular	ATENCIÓN Consulta externa	HCL
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros	Otros	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama	<input type="checkbox"/>

Dx: _____ (CIE-10) _____

Rp:

- Uvinil 75g Amp #101

- Deracetam 4g Amp #10

21/12/25 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
----------------------	-------	-----	------------

(2ml) (50mg).
) FU Cnt. Scl.

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos: Vick Centro Sipan Edad: 15

USUARIO Particular	ATENCIÓN Consulta externa	HCL
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros	Otros	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama	<input type="checkbox"/>

Dx: _____

Rp:

21/12/25

Medicamento o insumo Concentración Forma Farmacéutica Cantidad

Sello / Firma / Col. Profesional Fecha de Control

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

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

Rx de pie derecho

1) Paracetamol 200g les #105
½ tabl. w/12h 5gm x scl.

2) Difenadona 200g les #105
Aplicar Sophiecon 9/515M tos x 3d.

3) Moviflex 1% spray #101
Aplicar Sophiecon 9/515M tos x 3d.

4) Hielo tui
+ reposo del pie

21/12/25

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

Nombres y Apellidos: Derrick Centro Sipan Edad: 15

USUARIO Particular	ATENCIÓN Consulta externa	HCL
EPS	Emergencia	<input type="checkbox"/>
SOAT	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Otros	Otros	<input type="checkbox"/>
Convenio	Nº de cama	<input type="checkbox"/>

Dx: _____ (CIE-10) _____

Rp:

1) Caditax 200g les #105
(celcoxib)

2) Ust 200mg (8ml) x 5cl.

21/12/25 Fecha de Atención Sello / Firma / Col. Profesional Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA