



CLÍNICA  
**Los Ángeles**

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: Thomas Contillo Capan

Edad: 45

**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.

- Paracetamol 500 mg

- Difenhydramina 50 mg

- Vit. C 1000 mg

Fecha de Atención

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

**NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Medicamento o insumo

Dosis

Vía

Frecuencia

PC-29/12