



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: Irma Collao Novoa Edad: 46

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.

- ① Orfenadina 60g Ap #03
- ② Diclofenaco 75g Ap #03
- ③ Vitacos e plur. Ap #01

29/12/25
Fecha de Atención

[Firma]
Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de Control

NO PERMITAS QUE CAMBIEN TU RECETA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

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

- Gastritis ghe #01
Joul de mu A x 5cl.
C

} IM 1/2ul x 3cl.
IM start

1