



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: Raul Gm flex

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. -

Aspirina 100mg
1 comprimido cada 12 horas
- Ceftriaxona 1g
1 inyección
Valium

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

- Anti flex Hb
form a desmuelle
Ruma a Gastrolyzin
ondropran
Polina