|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l** | **PERÚ** | **Ministerio**  **de Salud** | **DIRESA PUNO**  **PLATAFORMA ITINERANTE DE ACCIÓN SOCIAL** |





**PIAS LAGO TITICACA I**

**RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tipo de usuario: | Demanda |  | Seguro integral de salud |  | Intervención  sanitaria |  | Otro |  |
| Tipo de atención: | Consulta  Ambulatoria |  | Emergencia |  | Hospitalización |  | Odontología |  |
| Especialidad  Médica: | Medicina |  | Cirugía |  | Gineco-  obstetricia |  | Pediatría |  |

Otro: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Número de Historia Clínica: ………………………………………………………………… Código SIS: ………………………………………….

Nombres y Apellidos: ……………………………………………………………………………………………… Edad: ………………………………

Diagnóstico (definitivo preventivo): ……………………………………………………………………. CIE10: …………………………………

**Rp**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicamento o insumo médico | Concentración | Forma farmacéutica | Cantidad | Dosis | | Vía | Frecuencia | Duración |
|  | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sello/firma/Cod. Profesional | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fecha de atención | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Recibí conforme | | | |