



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
Javier Servat Univazo

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Código de Atención del SIS: _____ H.C. _____

| USUARIO | ATENCIÓN | ESPECIALIDAD |
|---|--|---|
| Demanda <input type="checkbox"/> | Consulta Externa <input type="checkbox"/> | Oftalmología General <input type="checkbox"/> |
| SIS <input type="checkbox"/> | Emergencia <input type="checkbox"/> | Córnea <input type="checkbox"/> |
| Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/> | Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> | Uveítis <input type="checkbox"/> |
| Otros _____ | S.O.P. <input type="checkbox"/> | Vía Lagrimal <input type="checkbox"/> |
| | Otros _____ | Oculoplástica <input type="checkbox"/> |
| | | Otros <input type="checkbox"/> |

Diagnóstico (Definitivo Presuntivo) _____ (CIE-10) ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Rp. Medicamento o insumo (Obligatoria DCI) Concentrac. Forma Farmacéutica Cantidad

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
Javier Servat Univazo

Mz. P° Lote 07 - A Natasha Alta - Urb. Covicorti
Telf.: 044-287236 - 044-287222
informes@irotrujillo.gob.pe



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

INDICACIONES

Nombres y Apellidos: _____

Medicamento o Insumo Dosis Vía Frec. Duración

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta