



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
Javier Servat Univazo



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
Código de Atención del SIS: _____ H.C. _____

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	
Demanda	<input type="checkbox"/>	Oftalmología General	<input type="checkbox"/>
SIS	<input type="checkbox"/>	Córnea	<input type="checkbox"/>
Intervención Sanitaria	<input type="checkbox"/>	Uveítis	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Vía lagrimal	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Oculoplástica	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) **CHALAZION** (CIE-10) **H 0 0 1**

Rp.	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentrac.	Forma Farmacéutica	Cantidad
•	Cloranfenicol 10mg + hidrocortisona 10mg - Ung Oft.			01 tubo
•	Keterolaco 10 mg - Tab			06 tab
•	Lidocaína 2% + epinefrina / 20ml			01 fco amp
•	Proximetacaína 5% - solución oftálmica			01 fco
•	Aguja descartable N° 27			02 und
•	Hoja de bisturí N° 15			01 und
•	Gasa estéril 4 x 4			03 sobres
•	Guantes descartables N° 7 1/2 - Par			02 pares
•	Jeringa 1cc			02 und
•	Jeringa 5cc			01 und
•	Kit de ropa descartable para cirugía - 4 piezas			01 und
•				
•				

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



INDICACIONES

Nombres y Apellidos _____
Medicamento o Insumo Dosis Via Frec. Duración

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
Javier Servat Univazo

RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA



Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

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

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD		
Demanda	<input type="checkbox"/> Consulta externa	Oftalmología General	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/>
SIS	<input type="checkbox"/> Emergencia	Córnea	<input type="checkbox"/> Oftalmopediatría	<input type="checkbox"/>
Intervención Sanitaria	<input type="checkbox"/> Hospitalización	Uveítis	<input type="checkbox"/> Catarata	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/> S.O.P.	Via lagrimal	<input type="checkbox"/> Retina	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Otros	Oculoplástica	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>

Diagnóstico (Definitivo/Presuntivo) CHALAZION (CIE-10) H001

Rp.	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentrac.	Forma Farmacéutica	Cantidad
•	Cloranfenicol 10mg + hidrocortisona 10mg		Ung Oft.	01 tubo
•	Keterolaco 10 mg		Tab	06 tab
•	Lidocaína 2% + epinefrina / 20ml			01 fco amp
•	Proximetacaína 5% - solución oftálmica			01 fco
•	Aguja descartable N° 27			02 und
•	Hoja de bisturí N° 15			01 und
•	Gasa estéril 4 x 4			03 sobres
•	Guantes descartables N° 7 1/2 - Par			02 pares
•	Jeringa 1cc			02 und
•	Jeringa 5cc			01 und
•	Kit de ropa descartable para cirugía - 4 piezas			01 und

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta



INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA
Javier Servat Univazo

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



INDICACIONES

Nombres y Apellidos _____
Medicamento o Insumo Dosis Via Frec. Duración

Sello / Firma / Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta