

HC: _____ NC: _____



HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
RECETA UNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Cód. Atención SIS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] HC: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

USUARIO **ATENCION** **ESPECIALIDAD MEDICA**

Demanda [] Hospitalización [] Medicina Interna []

SIS [] Otros [] Cirugía []

Intervención Sanitaria [] Gineco-Obstetricia []

Otros [] Pediatría []

Otros [] Otros []

Diagnóstico _____ (CIE-10) [] [] [] [] [] []

(Definitivo/Presuntivo)

Epm.	Medicamentos o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
	Equipo de venoclisis			01
	Guantes esteriles 7 1/2			03
	Guantes esteriles 6 1/2			02
	Conector de aspiracion de secreciones			02
	Electrodos de monitorizacion			06
	Laminas para muestras			05
	Campo esteril descartable 90cm.x.90cm			01
	Sabanas descartables			02
	Agua mineral de 2 litros			02
	Aguja N° 23			01
	Punzon para viales endovenosos			01
	Sondas de aspiracion N° 14			01
	Gorros descartables			04
	Mandilon descartable esteril			05
	Lidocaina 10% SPRAY			01
	Lidocaina Gel			01
	Llave de triple via con extension			01
	Equipo de venoclisis			01

Sello / Firma / Colegio Profesional _____ Fecha de Atención _____ Valido hasta _____

NEUMOLOGIA(MED-___) CAMA: _____

HC: _____ NC: _____



HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
RECETA UNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Cód. Atención SIS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] HC: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

USUARIO **ATENCION** **ESPECIALIDAD MEDICA**

Demanda [] Hospitalización [] Medicina Interna []

SIS [] Otros [] Cirugía []

Intervención Sanitaria [] Gineco-Obstetricia []

Otros [] Pediatría []

Otros [] Otros []

Diagnóstico _____ (CIE-10) [] [] [] [] [] []

(Definitivo/Presuntivo)

Epm.	Medicamentos o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
	Equipo de venoclisis			01
	Guantes esteriles 7 1/2			03
	Guantes esteriles 6 1/2			02
	Conector de aspiracion de secreciones			02
	Electrodos de monitorizacion			06
	Laminas para muestras			05
	Campo esteril descartable 90cm.x.90cm			01
	Sabanas descartables			02
	Agua mineral de 2 litros			02
	Aguja N° 23			01
	Punzon para viales endovenosos			01
	Sondas de aspiracion N° 14			01
	Gorros descartables			04
	Mandilon descartable esteril			05
	Lidocaina 10% SPRAY			01
	Lidocaina Gel			01
	Llave de triple via con extension			01
	Equipo de venoclisis			01

Sello / Firma / Colegio Profesional _____ Fecha de Atención _____ Valido hasta _____

NEUMOLOGIA(MED-___) CAMA: _____

HC: _____ NC: _____



HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
RECETA UNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Cód. Atención SIS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] HC: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

USUARIO **ATENCION** **ESPECIALIDAD MEDICA**

Demanda [] Hospitalización [] Medicina Interna []

SIS [] Otros [] Cirugía []

Intervención Sanitaria [] Gineco-Obstetricia []

Otros [] Pediatría []

Otros [] Otros []

Diagnóstico _____ (CIE-10) [] [] [] [] [] []

(Definitivo/Presuntivo)

Epm.	Medicamentos o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
	Codeina 60mg ampolla			01
	Atropina 0.5mg ampolla			01
	Lidocaina 2% sin epinefrina frasco			02
	Epinefrina 3mg/ml ampolla			01
	Midazolam 5mg ampolla			01
	Hidrocortisona 250mg ampolla			01
	Canula binasal			01
	Frasco colector de orina			05
	Agua esteril 1 litro			08
	NaCl 0.9% frasco x 1000ml			02
	Gasa grande 45cm x 45cm			04
	Cateter NIPRO 20G 1.1/4" (1, 10*32mm)			02
	Jeringa 20cc			04
	Jeringa 10cc			04
	Jeringa 5cc			02
	Jeringa 3cc			01

Sello / Firma / Colegio Profesional _____ Fecha de Atención _____ Valido hasta _____

NEUMOLOGIA(MED-___) CAMA: _____

HC: _____ NC: _____



HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO
RECETA UNICA ESTANDARIZADA

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____

Cód. Atención SIS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] HC: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

USUARIO **ATENCION** **ESPECIALIDAD MEDICA**

Demanda [] Hospitalización [] Medicina Interna []

SIS [] Otros [] Cirugía []

Intervención Sanitaria [] Gineco-Obstetricia []

Otros [] Pediatría []

Otros [] Otros []

Diagnóstico _____ (CIE-10) [] [] [] [] [] []

(Definitivo/Presuntivo)

Epm.	Medicamentos o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad
	Codeina 60mg ampolla			01
	Atropina 0.5mg ampolla			01
	Lidocaina 2% sin epinefrina frasco			02
	Epinefrina 3mg/ml ampolla			01
	Midazolam 5mg ampolla			01
	Hidrocortisona 250mg ampolla			01
	Canula binasal			01
	Frasco colector de orina			05
	Agua esteril 1 litro			08
	NaCl 0.9% frasco x 1000ml			02
	Gasa grande 45cm x 45cm			04
	Cateter NIPRO 20G 1.1/4" (1, 10*32mm)			02
	Jeringa 20cc			04
	Jeringa 10cc			04
	Jeringa 5cc			02
	Jeringa 3cc			01

Sello / Firma / Colegio Profesional _____ Fecha de Atención _____ Valido hasta _____

NEUMOLOGIA(MED-___) CAMA: _____