

DOCTOR
Médico

NOMBRE PACIENTE: Usuario
FECHA CITA: 19/9/2025, 8:00:00 a. m.
TIPO: procedimiento
ID CITA: 2

PRESCRIPCIÓN / ORDEN DE EXÁMENES

- Se solicita:**
- 1. examen de la glucosa
 - 2. tiempos de coagulacion
 - 3. exmane de la pipilico



SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

Clínica Rejuvenezk

Documento generado automáticamente - No requiere firma manuscrita si contiene firma digital.

Generado: 9/9/2025, 2:22:46 p. m.