



Secretaría de Administración

Servicio Médico Municipal



Consulta:

Folio De Consulta:

Fecha:

Nómina:

Sindacato:

Secretaría:



DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:

T/A:

Temp. (C°):

FC x min:

Oxig. (%):

Altura (cm):

Peso (kg):

Glucosa:



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO

Medicamento

Indicaciones

Tratamiento

Piezas



EXTRAS

Incapacidad:

Inicio:
Fin:

Especialidad:



Dr.

Firma Del Médico



Paciente - Recibí Consulta