



**DATOS DE LA CONSULTA**

Folio De Consulta:

Cita:

Pase A:

Nómina:

Doctor(a):

Secretaría:



**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre:

Edad:



**DIAGNÓSTICO (OBLIGATORIO)**



**TRATAMIENTO**

Medicamento

Indicaciones

Tratamiento

Piezas



**OBSERVACIONES**



**EXTRAS**

Incapacidad:

☐

Inicio:

Fin:

Especialidad:

☐

Dr.

Firma Del Médico



Paciente - Recibí Consulta



COPIA DOCTOR

Dirección De Servicio Médico

ELABORÓ: