



RECETA FARMACIA

Fecha:

Secretaría:

Nómina:

Empleado:

Sindicato:



DATOS DEL PACIENTE

Nombre:

Edad:



DIAGNÓSTICO



TRATAMIENTO

Medicamento

Indicaciones

Tratamiento

Piezas

Dr.



Firma Del Médico



Paciente - Firma De Recibido



COPIA FARMACIA

VIGENTE 3 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA

ELABORÓ: