



DATOS DE LA CONSULTA

Consulta:

Nómina:

Folio De Consulta:

Sindicato:

Fecha:

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 PACIENTE / FARMACIA

Dirección De Servicio Médico

ELABORÓ: