

PRESIDENCIA MUNICIPAL DE SAN JUAN DEL RÍO
Secretaría de Administración
Servicio Médico Municipal



DATOS DE LA CONSULTA

Consulta:

Nómina:

Folio De Consulta:

Sindicato:

Fecha:

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



OBSERVACIONES



EXTRAS

Incapacidad:

Inicio:
Fin:

Especialidad:



Dr.

Firma Del Médico



Paciente - Recibí Consulta

VIGENTE 3 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA