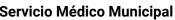


PRESIDENCIA MUNICIPAL DE SAN JUAN DEL RÍO

taría de Administración





	N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	Secre
	AN DEL RÍO	Servici
202	24 - 2027	
오믧	RECETA	A FARMA

	RECETA FARMACIA						
①	Folio De Consulta:		Cita:				
	Pase A:		Nómi	na:			
	Doctor(a):			etaría:			
	DATOS DEL PACIENTE						
	Nombre:			Edad:			
	DIAGNÓSTICO						
	TRATAMIENTO						
	Medicamento	Indicac	iones	Tratamiento	Piezas		
	EXTRAS						
	Incapacidad:	Inicio:	Fee	pecialidad:			
	Dr.	Fin:		posidilada.			
C	Firma Del	Médico	Paciente - Recibí Consulta		Consulta		
	- I mid bei	. acidina incolor	ELABORÓ:				
P	COPIA PACIENTE / FARMACIA ———————————————————————————————————						
		Direction	De Servicio Médico				