



## Secretaría de Administración

## Servicio Médico Municipal



# PANDORA

GUIDADO UNICO



## RECETA FARMACIA

**Fecha:**

**Sindacato:**

**Nómina:**

**Secretaría:**

**Empleado:**



## 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:**