

COPIA DOCTOR

PRESIDENCIA MUNICIPAL DE SAN JUAN DEL RÍO

Secretaría de Administración





ELABORÓ:



DATOS DE LA CONSULTA	1			CUIDADO UNICO	
Consulta: Folio De Consulta: Fecha:		Nómina: Sindicato: Secretaría:			
DATOS DEL PACIENTE Nombre:		Ed	lad:		
DIAGNÓSTICO (OBLIGAT	ORIO)				
TRATAMIENTO					
Medicamento	Indica	ciones	Tratamiento	Piezas	
OBSERVACIONES					
EXTRAS					
Incapacidad:	Inicio: Fin:	Especialida	ad:		
Dr.					
Firma Del Médico			Paciente - Recibí Consulta		

Dirección De Servicio Médico