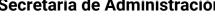


PRESIDENCIA MUNICIPAL DE SAN JUAN DEL RÍO

Secretaría de Administración







RECETA FARMACIA

Fecha: Secretaría:

Nómina:

Empleado: Sindicato:



DATOS DEL PACIENTE

Nombre: Edad:



DIAGNÓSTICO



Indicaciones Tratamiento Piezas Medicamento

Dr.



Firma Del Médico



Paciente - Firma De Recibido

