



**RECETA FARMACIA**

Consulta:

Nómina:

Folio De Consulta:

Sindicato:

Cita:

Secretaría:



**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre:

Edad:



**DIAGNÓSTICO**



**TRATAMIENTO**

Medicamento

Indicaciones

Tratamiento

Piezas



**EXTRAS**

Incapacidad:

Inicio:  
Fin:

Especialidad:



Dr.

Firma Del Médico



Paciente - Recibí Consulta



COPIA PACIENTE / FARMACIA

Dirección De Servicio Médico

ELABORÓ: