



## Secretaría de Administración

## Servicio Médico Municipal



**Consulta:**

**Folio De Consulta:**

**Fecha:**

**Nómina:**

**Sindacato:**

**Secretaría:**



## DATOS DEL PACIENTE

**Nombre:**

**Edad:**

**T/A:**

**Temp. (C°):**

**FC x min:**

**Oxig. (%):**

**Altura (cm):**

**Peso (kg):**

**Glucosa:**



## DIAGNÓSTICO



## TRATAMIENTO

**Medicamento**

## Indicaciones

## Tratamiento

## Piezas



## OBSERVACIONES



## EXTRAS

**Incapacidad:**

**Inicio:**  
**Fin:**

**Especialidad:**

Dr.

**Firma Del Médico**

### Paciente - Recibí Consulta

**VIGENTE 3 DÍAS A PARTIR DE ESTA FECHA**