



RECETA FARMACIA

Folio De Consulta:

Cita:

Pase A:

Nómina:

Doctor(a):

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: