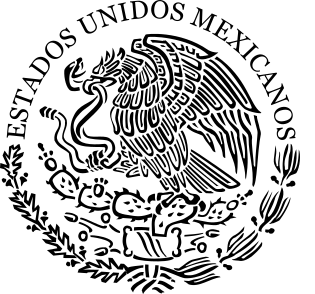


**SERVICIOS MEDICOS**

DATOS DEL PACIENTE:

NOMBRE: «Nombre»

FECHA: «Fecha»

MOTIVO DE CONSULTA: «Motivo»

Diagnóstico: «Diagnostico»

Medicamento: «Medicamento»

|  |  |
| --- | --- |
| DR: «Doctor»  CED. PROF «Cedula»  UNAM | INSTITUTO TECNOLOGICO DE HERMOSILLO  AV. TECNOLOGICO S/N COL. EL SAHUARO |