



Receta médica

ID#[idR]



**Clínica:** [NombreClinica]      **Dirección:** [DireccionClinica]  
**Médico:** [NombreDoctor]  
**Cédula:** [Cedula]      **Especialidad:** [Especialidad]

**Paciente:** [NombrePaciente]      **Expediente #**[idH]  
**Edad:** [Edad] años      **Sexo:** [Genero]

**Peso:** [Peso] Kg      **Talla:** [Estatura] cm      **Indicaciones adicionales**  
**T.A.** [Presion] mm/Hg      **F.C.:** [Cardio] xmin      [Indicaciones]  
**F.R.** [Respira] xmin      **IMC:** [masaC] Kg/m<sup>2</sup>  
**Temperatura:** [temp] °C  
**Alergias:** [alergias]

| Medicamento     | Indicaciones      |
|-----------------|-------------------|
| [Medicamento0]  | [Instrucciones0]  |
| [Medicamento1]  | [Instrucciones1]  |
| [Medicamento2]  | [Instrucciones2]  |
| [Medicamento3]  | [Instrucciones3]  |
| [Medicamento4]  | [Instrucciones4]  |
| [Medicamento5]  | [Instrucciones5]  |
| [Medicamento6]  | [Instrucciones6]  |
| [Medicamento7]  | [Instrucciones7]  |
| [Medicamento8]  | [Instrucciones8]  |
| [Medicamento9]  | [Instrucciones9]  |
| [Medicamento10] | [Instrucciones10] |
| [Medicamento11] | [Instrucciones11] |
| [Medicamento12] | [Instrucciones12] |

X  
Firma Doctor