



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/m²
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