

Clínica: [NombreClinica]

Direccion: [DireccionClinica]

Medico: [NombreDoctor]

Cedula: [Cedula]

Especialidad: [Especialidad]

Paciente: [NombrePaciente]

Expediente #[idH]

Edad: [Edad] años

Sexo: [Genero]

Diagnóstico: [Motivo_consulta]

Indicaciones Adicionales

Síntomas

[Indicaciones]

[Sintomas]

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