



**DR. ANGEL ROBERTO ARAGON PAYAN**  
MEDICO CIRUJANO CED. PROF. 4463108  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

## RECETA

MEDICINA FAMILIAR CED. PROF. 7587744  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS



BLVD. 2 NUM: 3915 INTERIOR 44 A, COLONIA VILLAFRONTANA XIII C.P 22205, TIJAUANA BAJA CALIFORNIA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **Temp.** \_\_\_\_\_ **TRATAMIENTO**

**T.A.** \_\_\_\_\_ **Peso.** \_\_\_\_\_

**F.C.** \_\_\_\_\_ **Talla.** \_\_\_\_\_

**F.R.** \_\_\_\_\_

**Circun. Abdom.** \_\_\_\_\_

**I.D.<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

**Alergias**

**Indicaciones generales:**



FAVOR DE PRESENTAR ESTA RECETA EN SU PRÓXIMA CITA QUE SERA:

**ORIGINAL** Firma \_\_\_\_\_

0/1

VIGENCIA DE UN AÑO



**DR. ANGEL ROBERTO ARAGON PAYAN**  
MEDICO CIRUJANO CED. PROF. 4463108  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

## RECETA

MEDICINA FAMILIAR CED. PROF. 7587744  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS



BLVD. 2 NUM: 3915 INTERIOR 44 A, COLONIA VILLAFRONTANA XIII C.P 22205, TIJAUANA BAJA CALIFORNIA

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA Y HORA:** \_\_\_\_\_

**EDAD:** \_\_\_\_\_ **Temp.** \_\_\_\_\_ **TRATAMIENTO**

**T.A.** \_\_\_\_\_ **Peso.** \_\_\_\_\_

**F.C.** \_\_\_\_\_ **Talla.** \_\_\_\_\_

**F.R.** \_\_\_\_\_

**Circun. Abdom.** \_\_\_\_\_

**I.D.<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

**Alergias**

**Indicaciones generales:**



FAVOR DE PRESENTAR ESTA RECETA EN SU PRÓXIMA CITA QUE SERA:

**COPIA**

1/1

Firma: \_\_\_\_\_

VIGENCIA DE UN AÑO