



REPORTE DE SUMINISTROS CONSULTAS SUBSECUENTES

CONSULTA FECHA:

HORA:

DD	MM	AA	HH	MM	A.M. P.M.
----	----	----	----	----	--------------

Localidad / Unidad

No. Pase Médico

Médico Tratante

Médico Responsable

Aseguradora

No. Póliza

Lesionado: Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Tel. Casa

Tel. Oficina

Tel. Celular

A NUESTROS PACIENTES: Les rogamos firmar únicamente al recibir CADA UNA de las consultas subsecuentes, revisando los suministros otorgados por la Unidad Médica.
Cualquier anomalía favor de reportarla al (55) 19 95 07 07 o al 01 800 3 MEDICA, GRACIAS!

FECHA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA	DD	MM	AA
Medicamento Descripción:															
Otros Descripción:															
Observaciones															
FIRMA Médico al Otorgar la Consulta															
FIRMA Lesionado al Recibir Consulta y Medicamento															

Padecimientos Preexistentes

OBSERVACIONES:

Firma Médico Fin de Etapa Tratamiento

MEDICAVIAL