



COORDINACIÓN DE **SALUD**

“2018, Año del V Centenario del Encuentro de Dos mundos en Tabasco”.

Receta médica.

FOLIO: _____

FECHA: _____

LOCALIDAD: _____

NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD	SEXO
DIAGNÓSTICO			
FARMACIA			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO/ PRESENTACION / INDICACIÓN			SURTIDO
NOMBRE DEL MEDICO Y CEDULA PROFESIONAL:			

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PACIENTE

SELLO