

**Receta medica.**

FOLIO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

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

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL PACIENTE

SELLO