



DEPARTAMENTO DE SALUD MUNICIPAL
RECETARIO MÉDICO

AV. FRANCISCO I. MADERO 440 NTE.
TELS. 1 75-1000 EXT. 1083
GÓMEZ PALACIO, DGO. REG. S.S.A.



NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA: _____

EDAD: _____

PESO (KG): _____

T.A.: _____

DR (A). _____

CED. PROF. _____