

Tehuacan, S.L.P. A. de. del 30

**DIRECCION DE SALUD ENFERMERIA** No. de Ficha ( ) Consulta Gral. ( ) Consulta Dental ( )

Paciente \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

S.P. ( ) IMSS ( ) ISSTE ( ) NINGUNO ( ) EDAD \_\_\_\_\_ Enfermera \_\_\_\_\_

I/A \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ KG TALLA \_\_\_\_\_ CM GLUCOSA \_\_\_\_\_ MG/DC

**FARMACIA**

MEDICAMENTO ENTREGADO	CLAVE	CANTIDAD
1- _____	_____	_____
2- _____	_____	_____
2- _____	_____	_____
4- _____	_____	_____

FIRMA DE RECIBIDO \_\_\_\_\_ ENTREGA \_\_\_\_\_