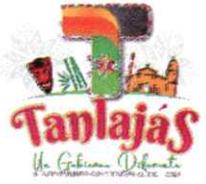




**SISTEMA MUNICIPAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL  
DE LA FAMILIA DEL MUNICIPIO DE TANLAJÁS, S.L.P.**

Emiliano Zapata s/n, Centro, C.P. 79810 Tanlajás, S.L.P.



**RECETA MEDICA 0118**

NOMBRE DEL PACIENTE:  FECHA: / /  
SEXO:   
FOLIO DE SOLICITUD DE SERV. MED:  EDAD:

T.A: \_\_\_\_\_  
F.C: \_\_\_\_\_  
F.R: \_\_\_\_\_  
Temp: \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_  
Talla: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_



NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

CED. PROF.