

COMPLETA TUS DATOS. / Completa tus datos.

EXPEDIENTE MÉDICO	
Nº de afiliación: <input type="text"/>	
Nombre del paciente <input type="text"/>	
Apellidos <input type="text"/>	
Edad <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>
Domicilio <input type="text"/>	
¿Es la primera vez que viene a consulta? <input type="text"/>	
Síntomas que presenta el paciente <input type="text"/>	
Doctor que lo atendió <input type="text"/>	
Enfermero <input type="text"/>	

RECETA MÉDICA	
Nº de afiliación: <b>3876540/876</b>	
Nombre del paciente <input type="text"/>	Diagnóstico: <input type="text"/>
Edad <input type="text"/>	
Nombre del médico <input type="text"/>	
Fecha <input type="text"/>	
Nombre del medicamento <input type="text"/>	
Pegar precinto del medicamento	

