



Vale de salida de Medicamento

Nombre del Paciente: _____

Enfermedad: _____

Nombre del Medicamento: _____

Cantidad: _____ Fecha: _____

Recibió

Encargada Del Depto. De Salud
C. Valeria Majany González Olvera



Vale de salida de Medicamento

Nombre del Paciente: _____

Enfermedad: _____

Nombre del Medicamento: _____

Cantidad: _____ Fecha: _____

Recibió

Encargada Del Depto. De Salud
C. Valeria Majany González Olvera