



HOJA DE FIRMAS PARA TRATAMIENTO

Médico Especialista _____

Especialidad: _____

Favor de prestar tratamiento al paciente: _____

Clave: _____ Centro de Trabajo: _____

Se autorizan _____ sesiones por el mes _____.
(cantidad en letras)

FECHA

FIRMA

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mérida, Yucatán, a _____ de _____ de _____.

Atentamente

Dr. _____

F-DGFA-CGS-06 / REV:02