



**Receta Médica**  
DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

Nombre _____	
Fecha _____	Peso _____

Dr(a). \_\_\_\_\_

Cédula Prof. No. \_\_\_\_\_

**INDICACIONES MÉDICAS**

Firma del Médico

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-102



**Receta Médica**  
DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL

Nombre _____	
Fecha _____	Peso _____

Dr(a). \_\_\_\_\_

Cédula Prof. No. \_\_\_\_\_

**INDICACIONES MÉDICAS**

Firma del Médico

Fecha de actualización: 24 de Abril de 2012 V.01 Código: DJ-AI-SG-RE-102