



Receta Médica

1/ FOLIO **M-15155083**

2/ ORDINARIA ☒

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN <i>1a. Hahua</i>		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>San Marcos</i>		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>San Marcos</i>		
6/ CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>			7/ NOMBRE DEL SERVICIO: <i>Mod. 6101</i>			
8/ No. LICENCIA SANITARIA:			9/ COBERTURA: <i>P.A.</i>		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: <i>4/09/23</i>	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN: <i>FN. 11/01/2023</i>		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Momicina, Polimixina B, Gramicidina, gotas aplic.</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Angel Eduardo Ramirez Alvarez</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1 gota en cada ojo</i>	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>cada 8 horas 7 dias</i>	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		
13/ EDAD: <i>7 meses</i>	14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Ibuprofeno (Molim)</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: <i>Isaac Martinez de la Rosa</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>5 dias</i>	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):	
16/ R.F.C.: <i>MART 84062750</i>		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: <i>111111111</i>	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Benzocaina crema aplic.</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)
18/ INSTITUCIÓN QUE EMITE EL TÍTULO: <i>ISSSTE</i>		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Benzocaina crema aplic.</i>			21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
19/ FIRMA DEL MÉDICO: <i>[Firma]</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS):	23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>(cada 12 horas por 10 dias)</i>	24/ CANTIDAD SOLICITADA:	25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):	
EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ: CAJAS	28/ RECIBÍ: CAJAS	
				29/ FECHA DE RECIBIDO:		

PACIENTE