



# Receta Médica

1/ FOLIO **M-15761993**

2/ ORDINARIA ☐

MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN <i>Letehua 15482014</i>		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>Letehua 154824030</i>		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA: <i>San Pedro Obispo</i>	
6/ CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> URGENCIAS <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>		7/ NOMBRE DEL SERVICIO: <i>M. gencia</i>			
8/ No. LICENCIA SANITARIA: <i>1504210017</i>		9/ COBERTURA: <i>Sin Cobertura</i>		10/ FECHA DE ELABORACIÓN: <i>Junio 14/2023</i>	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN: <i>Sin Expediente</i>		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Metronidazol tabs 500mg</i>		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: <i>Chavez Moray Bryan</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1-98 hrs</i>		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>3 días</i>	
13/ EDAD: <i>13.</i>		14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO		24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>100</i>	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO: <i>Dr. T. Camacho</i>		22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1-98 hrs</i>		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>3 días</i>	
16/ R.F.C.: <i>TAGL730920</i>		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL: <i>1504210017</i>		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO): <i>Paracetamol tabs 500mg</i>	
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		19/ FIRMA DEL MÉDICO: <i>[Firma]</i>		21/ CLAVE DEL DIAGNOSTICO (CIE-10)	
22/ INDICACIONES (DOSIS): <i>1-98 hrs</i>		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: <i>3 días</i>		24/ CANTIDAD SOLICITADA: <i>100</i>	
25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):		26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ: CAJAS	
28/ RECIBÍ: CAJAS		29/ FECHA DE RECIBIDO:		30/ EL PACIENTE CUENTA CON 48 HORAS PARA CANJEAR LA PRESENTE RECETA	

PACIENTE