

**ISEM**

23568

## Receta Médica

1/ FOLIO **M-16527461**

2/ ORDINARIA ☒

**MEDICAMENTOS CONTROLADOS GRUPO II y III** ☐

3/ NOMBRE Y CLAVE DE LA JURISDICCIÓN		4/ NOMBRE Y CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:		5/ DOMICILIO DE LA UNIDAD MÉDICA:	
6/ CONSULTA EXTERNA <input checked="" type="checkbox"/> URGENCIAS <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN: <input type="checkbox"/>		7/ NOMBRE DEL SERVICIO:			
8/ N.º LICENCIA SANITARIA:		9/ COBERTURA:		10/ FECHA DE ELABORACIÓN:	
11/ NÚMERO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10):	
12/ NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:
13/ EDAD:	14/ GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10):	
15/ NOMBRE DEL MÉDICO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:
16/ R.F.C.:		17/ No. CÉDULA PROFESIONAL:		20/ CLAVE Y NOMBRE GÉNÉRICO DEL MEDICAMENTO (CUADRO BÁSICO O CATÁLOGO):	
18/ INSTITUCIÓN QUE EXPIDE EL TÍTULO:		21/ CLAVE DEL DIAGNÓSTICO (CIE-10):		25/ CANTIDAD SURTIDA (LETRA):	
19/ FIRMA DEL MÉDICO:		22/ INDICACIONES (DOSIS):		23/ DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:	24/ CANTIDAD SOLICITADA:
26/ FIRMA DE RECIBIDO DE CONFORMIDAD:		27/ ENTREGUÉ:		28/ RECIBÍ:	29/ FECHA DE RECIBIDO:

## PACIENTE